



PLAN RÉGIONAL D'ORGANISATION DES SERVICES MÉDICAUX GÉNÉRAUX (PROS)

CENTRE INTÉGRÉ UNIVERSITAIRE
DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DU
SAGUENAY-LAC-SAINT-JEAN

AUTEUR

Direction des services professionnels en support au DRMG

Photographies réalisées par Emmanuelle Arth, agente de planification, de programmation et de recherche

ÉDITION

Produit par le Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Saguenay–Lac-Saint-Jean.

DÉPOT LÉGAL

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2018

Bibliothèque et Archives Canada, 2018

ISBN (version PDF) : 978-2-550-82887-7

ISBN (version imprimée) : 978-2-550-82886-0

Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée à la condition d'en mentionner la source.

© Gouvernement du Québec, 2018

TABLE DES MATIÈRES

1.	Introduction	5
1.1	Assises légales.....	5
1.2	Cadre normatif du CIUSSS.....	5
1.2.1	Sa mission	5
1.2.2	Vision régionale	5
1.2.3	Orientations générales du DRMG	5
2.	Principes directeurs de l'organisation des services médicaux de première ligne.....	6
2.1	Soins centrés sur le patient.....	6
2.2	Accessibilité à un médecin de famille pour tous	6
2.3	Soins dispensés par une équipe (collaboration avec les autres professionnels)	6
2.4	Accès aux services en temps opportun.....	6
2.5	Soins complets et globaux	7
2.6	Continuité des soins et services.....	7
2.7	Dossiers électroniques et information sur la santé	7
2.8	Éducation, formation et recherche.....	8
3.	Gouverne régionale des services de première ligne	8
3.1	Organigramme de la gouvernance	8
3.2	DRMG.....	9
3.3	Unités sous-territoriales du DRMG.....	9
3.4	Direction des services professionnels (DSP)	9
3.5	La gouvernance des services de proximité	10
4.	Caractéristiques régionales.....	11
4.1	La région du Saguenay–Lac-Saint-Jean	11
4.2	Synthèse des principaux enjeux et défis de santé au Saguenay–Lac-Saint-Jean	11
5.	Actualisation des services médicaux à la population.....	14
5.1	Objectifs généraux	14
5.2	Objectifs régionaux priorités par la DSP	14
5.3	Objectifs régionaux priorités par le DRMG.....	14
	PORTRAIT ET BESOINS PAR RÉSEAU LOCAL DE SERVICES (RLS) La BAIE	15
	PORTRAIT ET BESOINS PAR RÉSEAU LOCAL DE SERVICES (RLS) CHICOUTIMI.....	29
	PORTRAIT ET BESOINS PAR RÉSEAU LOCAL DE SERVICES (RLS) JONQUIÈRE	44
	PORTRAIT ET BESOINS PAR RÉSEAU LOCAL DE SERVICES (RLS) LAC-SAINT-JEAN-EST.....	58
	PORTRAIT ET BESOINS PAR RÉSEAU LOCAL DE SERVICES (RLS) DOMAINE-DU-ROY	73
	PORTRAIT ET BESOINS PAR RÉSEAU LOCAL DE SERVICES (RLS) MARIA-CHAPDELAINE.....	85
	Suivi et évaluation	97
	Conclusion	97
	Annexe 1.....	98
	Annexe 2.....	99
	Annexe 3.....	100
	annexe 4.....	101
	annexe 5	102
	annexe 6	103
	Annexe 7.....	104
	Annexe 8.....	107
	Annexe 9.....	111
	Bibliographie.....	112

SIGLES ET ACRONYMES

AMP	Activités médicales particulières
APSS	Accès priorisé aux services spécialisés
CLSC	Centre local de services communautaires
CH	Centre hospitalier
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
CRDS	Centre de répartition des demandes de service
DMÉ	Dossier médical électronique
DPJ	Direction de la protection de la jeunesse
DRMG	Département régional de médecine générale
DSI	Direction des soins infirmiers
DSM	Direction des services multidisciplinaires
DSP	Direction des services professionnels
ETC	Équivalent à temps complet
ETP	Équivalent à temps plein
FMOQ	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec
GACO	Guichet d'accès pour la clientèle orpheline
GAMF	Guichet d'accès à un médecin de famille
GMF	Groupe de médecine de famille
GMF-R	Groupe de médecine de famille réseau
GMF-U	Groupe de médecine de famille universitaire
INESSS	Institut national d'excellence de santé et de services sociaux
IPSPL	Infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne
IVG	Interruption volontaire de grossesse
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
PEM	Plans d'effectifs médicaux
PREM	Plans régionaux d'effectifs médicaux
PROS	Plan régional d'organisation des services médicaux généraux
PSI	Plan de service individualisé
RLS	Réseau local de services
RI	Ressource intermédiaire
RUIS	Réseau universitaire intégré de santé
SAD	Soutien à domicile
SRV	Sans rendez-vous
UCDG	Unité de courte durée gériatrique
URFI	Unité de réadaptation fonctionnelle intensive
UTRF	Unité transitoire de récupération fonctionnelle

1. INTRODUCTION

1.1 Assises légales

En vertu de l'article 417.2 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (RLRQ, chapitre S-4.2), il est de la responsabilité du département régional de médecine générale (DRMG), sous l'autorité du président-directeur général du ou des centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS)¹ de son territoire de :

« définir et proposer le plan régional d'organisation des services médicaux généraux lequel doit préciser, par territoire de réseau local de services de santé et de services sociaux, les services dispensés à partir d'un cabinet privé, d'un centre local de services communautaires ou d'une clinique externe d'un centre hospitalier exploité par un établissement, la nature des services existants et attendus en termes d'accessibilité et de prise en charge des diverses clientèles et assurer la mise en place et l'application de la décision [du CISSS ou du CIUSSS] relative à ce plan ».

Le plan régional d'organisation des services médicaux généraux (PROS) du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) du Saguenay–Lac-Saint-Jean a été élaboré par le Département régional de médecine générale (DRMG), tel que prévoit la loi dans ce contexte, et il s'intègre dans la vision et mission du CIUSSS de la région.

1.2 Cadre normatif du CIUSSS

Le CIUSSS regroupe les six réseaux locaux de services (RLS) du Saguenay–Lac-Saint-Jean; RLS La Baie, RLS Chicoutimi, RLS Jonquière, RLS Alma, RLS Domaine-du-Roy et RLS Maria-Chapdelaine.

1.2.1 Sa mission

Veiller à la santé et au bien-être de la population du Saguenay–Lac-Saint-Jean par le déploiement de continuums de services intégrés, adaptés aux besoins et accessibles dans chacun des milieux. Contribuer, par sa mission et désignation universitaires, au développement des savoirs et des pratiques, au transfert et à la diffusion des connaissances.

1.2.2 Vision régionale

Des soins de santé et des services sociaux accessibles et efficaces qui s'adaptent aux besoins de la population du Saguenay–Lac-Saint-Jean.

1.2.3 Orientations générales du DRMG

Le DRMG travaille en collaboration avec tous les omnipraticiens du territoire et les partenaires du réseau de la santé afin de bâtir un réseau fonctionnel de première ligne voué à améliorer l'organisation des services médicaux de première ligne au niveau régional.

¹ En vertu de l'article 4 de la Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales (RLRQ, chapitre O-7.2), les centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS) sont des CISSS.

2. PRINCIPES DIRECTEURS DE L'ORGANISATION DES SERVICES MÉDICAUX DE PREMIÈRE LIGNE

2.1 Soins centrés sur le patient

Ce principe essentiel vise à fournir des services de santé aux patients, en fonction de leurs besoins, désirs, préférences, attitudes et antécédents. Pour y arriver, le médecin de famille et les autres professionnels de la santé doivent préalablement établir une relation de confiance durable avec le patient. Ils doivent entrer dans son univers afin de bien le connaître et de bien cerner ses problèmes. Cela leur permettra de lui offrir des soins adaptés à sa réalité, en fonction de ce qui lui convient le mieux. Ce travail peut se faire en collaboration avec le patient et sa famille.

2.2 Accessibilité à un médecin de famille pour tous

Dans l'objectif d'améliorer l'accès aux services médicaux de première ligne, une entente a été signée en avril 2015 entre le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ). Cette entente précise que les cibles à atteindre de 85 % de la population du Québec soit inscrite à un médecin de famille d'ici le 31 décembre 2017. L'objectif à plus long terme est que chaque patient ait son propre médecin de famille. Régionalement, la cible à atteindre est de 92,5 %.

Le médecin de famille est le premier prestataire responsable des soins médicaux du patient. Il joue un rôle clé dans la prise en charge et la coordination de l'ensemble des soins qui lui sont dispensés. Le médecin de famille est la personne à consulter pour tout problème de santé. Ce dernier fournit des soins chaque fois que cela est possible et oriente vers d'autres ressources au besoin.

2.3 Soins dispensés par une équipe (collaboration avec les autres professionnels)

Il semble être bénéfique pour les patients que leur médecin de famille travaille de concert avec d'autres professionnels de la santé afin de leur offrir une vaste gamme de services médicaux qui réponde à leurs besoins. Le partage des connaissances et des compétences, ainsi que le travail de collaboration entre le médecin et les autres professionnels, auraient pour effet d'améliorer l'état de santé des patients et leur taux de satisfaction face aux soins prodigués.

2.4 Accès aux services en temps opportun

L'accès aux services en temps opportun fait référence pour le patient, à voir le bon médecin, au bon endroit, et au bon moment (RRSSS, 2003). Pour y arriver, cela nécessite notamment; d'augmenter les plages horaires des consultations avec ou sans rendez-vous dans les GMF et autres cliniques médicales, de favoriser la réorientation des patients de priorités (P4-P5) qui se présentent à l'urgence vers leur GMF ainsi que de donner une alternative autre que l'urgence aux usagers non-inscrits à un médecin de famille. Cela permettra de réduire le réflexe de certains patients de faire une première consultation aux services d'urgence d'un centre hospitalier lorsque cela n'est pas nécessaire.

Le fait de bien orienter le patient vers son premier rendez-vous est primordial pour la prise en charge efficace des patients et la viabilité de notre système de santé (Collège des médecins de famille du Canada, 2011).

2.5 Soins complets et globaux

Il importe, pour le médecin de famille et les autres professionnels de la santé autour de lui, d'offrir une gamme complète de services de médecine familiale à chaque patient et à l'ensemble de la population, et ce, tout au long de leur vie.

Il est également important, pour les médecins et les autres professionnels de la santé, de comprendre et d'aborder les défis qui touchent la population qu'ils desservent dans l'ensemble de leur collectivité et de comprendre l'effet des déterminants de la santé.

2.6 Continuité des soins et services

Les meilleurs résultats pour la santé sont présents lorsque la majorité des soins dispensés à un patient sont offerts ou coordonnés dans un même endroit, par son propre médecin de famille et son équipe de professionnels.

Le médecin de famille est donc une personne pivot et joue un rôle central dans les soins octroyés à son patient. Lorsque le patient doit recevoir des soins externes, que ce soit lors d'analyse ou d'interventions spécialisées, le médecin de famille s'assure de recevoir les renseignements nécessaires afin d'effectuer un suivi adéquat auprès du patient. Cette façon de coordonner les services est rassurante pour les patients qui ont développé un lien de confiance avec leur médecin. Des chercheurs ont également démontré que la continuité des soins est l'un des facteurs qui contribuent le plus à la bonne santé d'une population.

2.7 Dossiers électroniques et information sur la santé

L'utilisation des dossiers médicaux électroniques (DMÉ) est une pratique à privilégier dans les cliniques médicales, les GMF et les CLSC. Il y a actuellement une transition qui s'effectue des dossiers papier aux dossiers électroniques.

L'utilisation des DMÉ apporte plusieurs avantages :

- augmenter la capacité des utilisateurs de consulter des renseignements sur chaque patient;
- simplifier la prestation quotidienne de soins, l'échange d'information pour l'orientation ou les consultations;
- contribuer à la prestation efficace de soins en collaboration;
- aider à comprendre les besoins globaux du cabinet et de la collectivité;
- obtenir l'accès rapide aux rendez-vous;
- signaler les besoins des patients qui nécessitent une attention particulière au moyen d'alerte et de repère;
- simplifier la gestion de la pratique et l'utilisation des indicateurs de qualité;
- permettre de mesurer les résultats sur la santé.

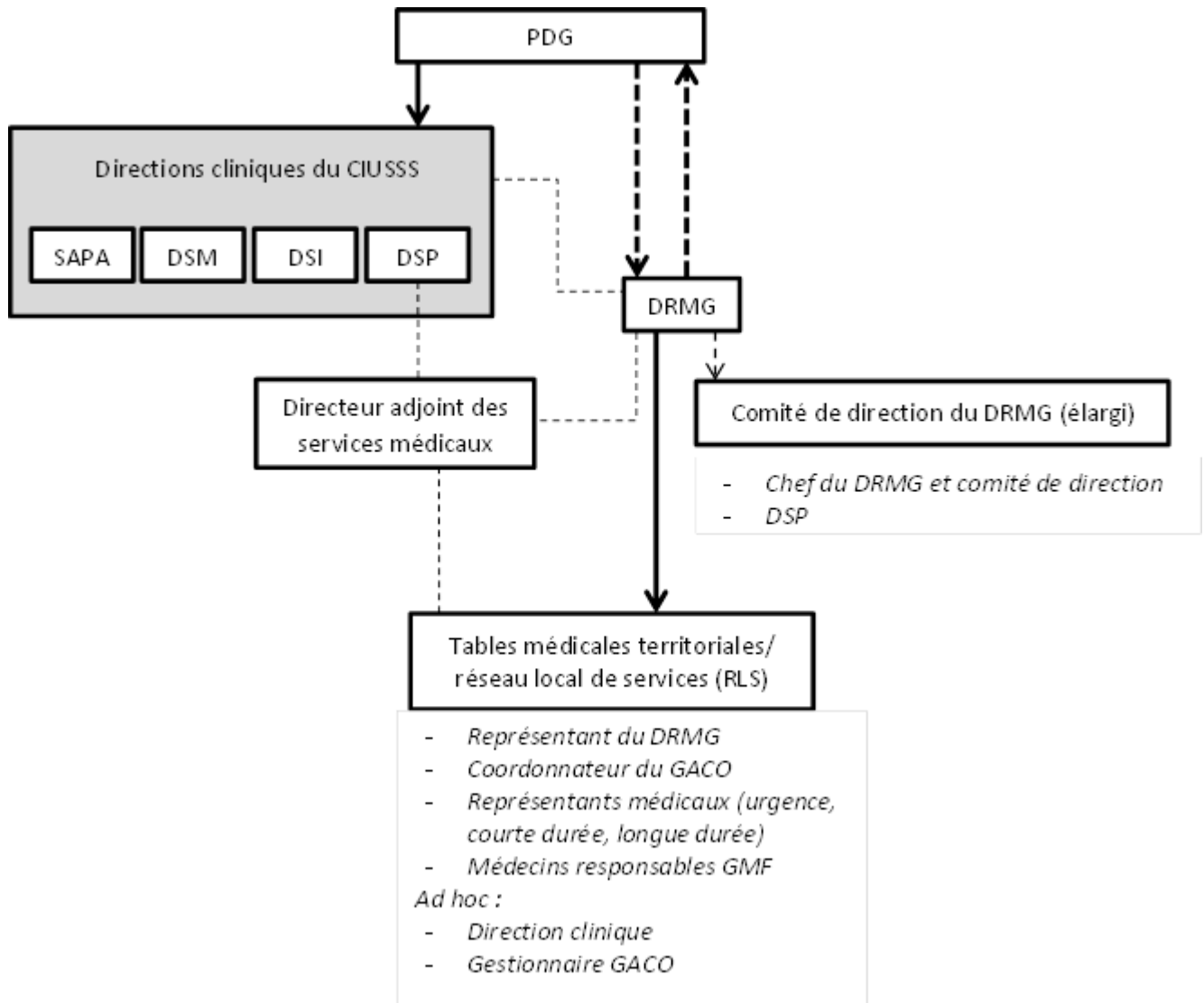
2.8 Éducation, formation et recherche

L'éducation et la formation devraient occuper une place de choix. Les GMF sont des endroits tout indiqués pour former les étudiants en médecine, les résidents en médecine familiale et les autres professionnels de la santé. Ces derniers peuvent y apprendre les rôles essentiels des médecins de famille et des équipes interprofessionnelles, l'accès aux rendez-vous en temps opportun, la prestation de soins complets et globaux et continus, la coordination des soins et l'utilisation des DMÉ.

La recherche en médecine de famille est importante, notamment pour soutenir la prise de décision en fonction de l'amélioration des soins de santé pour chaque personne et pour la population en général.

3. GOUVERNE RÉGIONALE DES SERVICES DE PREMIÈRE LIGNE

3.1 Organigramme de la gouvernance



3.2 DRMG

Exerce, sous l'autorité de la présidente-directrice générale du CIUSSS, les responsabilités suivantes (LSSSS, article 417.2.) :

- faire des recommandations sur la partie du Plan régional des effectifs médicaux (PREM) relative aux médecins omnipraticiens qui doit être élaborée et, une fois que le ministre a approuvé le plan, assurer la mise en place et l'application de la décision du CIUSSS relative à ce plan;
- définir et proposer un réseau d'accessibilité aux soins médicaux généraux pouvant inclure le réseau de garde intégré, notamment par la conclusion d'ententes de services, de jumelage ou de parrainage interétablissements, la garde en disponibilité pour les services dispensés en centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) et pour le programme de maintien à domicile et assurer la mise en place et la coordination de la décision du CIUSSS relative à ce réseau, le tout devant s'inscrire à l'intérieur du PROS;
- faire des recommandations sur la nature des services médicaux généraux découlant des programmes prioritaires et assurer la mise en place de la décision du CIUSSS relative à cette matière;
- faire des recommandations sur la liste des activités médicales particulières (AMP) et assurer la mise en place de la décision du CIUSSS relative à cette liste;
- évaluer l'atteinte des objectifs relativement au PROS et à la partie du PREM relative aux médecins omnipraticiens;
- donner son avis sur tout projet concernant la dispensation des services médicaux généraux :
 - donner son avis sur certains projets relatifs à l'utilisation de médicaments;
 - donner son avis sur l'instauration des corridors de services proposée par le réseau universitaire intégré de santé (RUIS).
- réaliser toute autre fonction que lui confie la présidente-directrice générale du CIUSSS relativement aux services médicaux généraux.

3.3 Unités sous-territoriales du DRMG

Les tables locales dans chacun des territoires de la région sont des comités consultatifs, sous la responsabilité du membre du DRMG nommé ou élu du territoire désigné. Il s'assure de donner avis au DRMG sur l'organisation de services de proximité et leur continuité, et ce, afin de favoriser le maintien ou l'amélioration de la santé et du bien-être de la population du territoire qu'il vise.

3.4 Direction des services professionnels (DSP)

La DSP est responsable de la planification, de l'organisation et du suivi de l'activité médicale et clinique dans le CIUSSS, en collaboration avec les autres directions cliniques. La direction assure notamment la gestion des urgences, des soins intensifs, de la traumatologie aiguë, de la biologie médicale, des activités chirurgicales, des cliniques externes, de la pharmacie, de l'imagerie médicale, de la cancérologie, des soins palliatifs, des soins de fin de vie et des activités préhospitalières.

L'équipe de direction se compose d'une directrice, d'un directeur adjoint des services professionnels médical et de deux directeurs adjoints des services professionnels volet administratif.

Soucieuse de la qualité, de l'accessibilité et de la performance clinique, la DSP est un acteur de premier plan dans la planification, l'organisation et la dispensation des soins et services.

La proximité, l'accessibilité, la qualité, la performance et la réponse aux besoins des clients sont au cœur de son fonctionnement et de ses décisions.

3.5 La gouvernance des services de proximité

La région du Saguenay–Lac-Saint-Jean, tout comme le Québec, doit poursuivre la réorganisation de son offre de soins médicaux de première ligne. La réflexion sur le développement de la première ligne a été amorcée en 1971 par la commission Castonguay, poursuivie en 1985 par la Commission Rochon ainsi qu'en 2000 avec la Commission Clair.

Dans le modèle actuellement retenu, le GMF devrait être la pierre d'assise des services de proximité. L'organisation comprenant des décisions décentralisées vers les CIUSSS et aussi vers les GMF afin que ceux-ci puissent mieux répondre à la diversité de leur communauté. Des indicateurs de performance et de résultats fiables permettront le suivi nécessaire à une saine gestion des besoins populationnels.

En GMF

Dans ce modèle organisationnel, la cogestion en GMF du personnel délocalisé signifie un leadership partagé entre le médecin responsable GMF et les cadres intermédiaires de la Direction des soins infirmiers (DSI) et de la Direction des services multidisciplinaires (DSM) du CIUSSS. Il s'explique par l'imputabilité des résultats, la reconnaissance mutuelle, le maintien de relations respectueuses et l'engagement envers les résultats et la détermination d'objectifs communs.

En GMF-U

Le CIUSSS adopte aussi une gestion collaborative partagée entre le directeur médical et les cadres intermédiaires en GMF-U.

Enjeux ou défis d'un modèle de gouvernance de proximité fonctionnelle

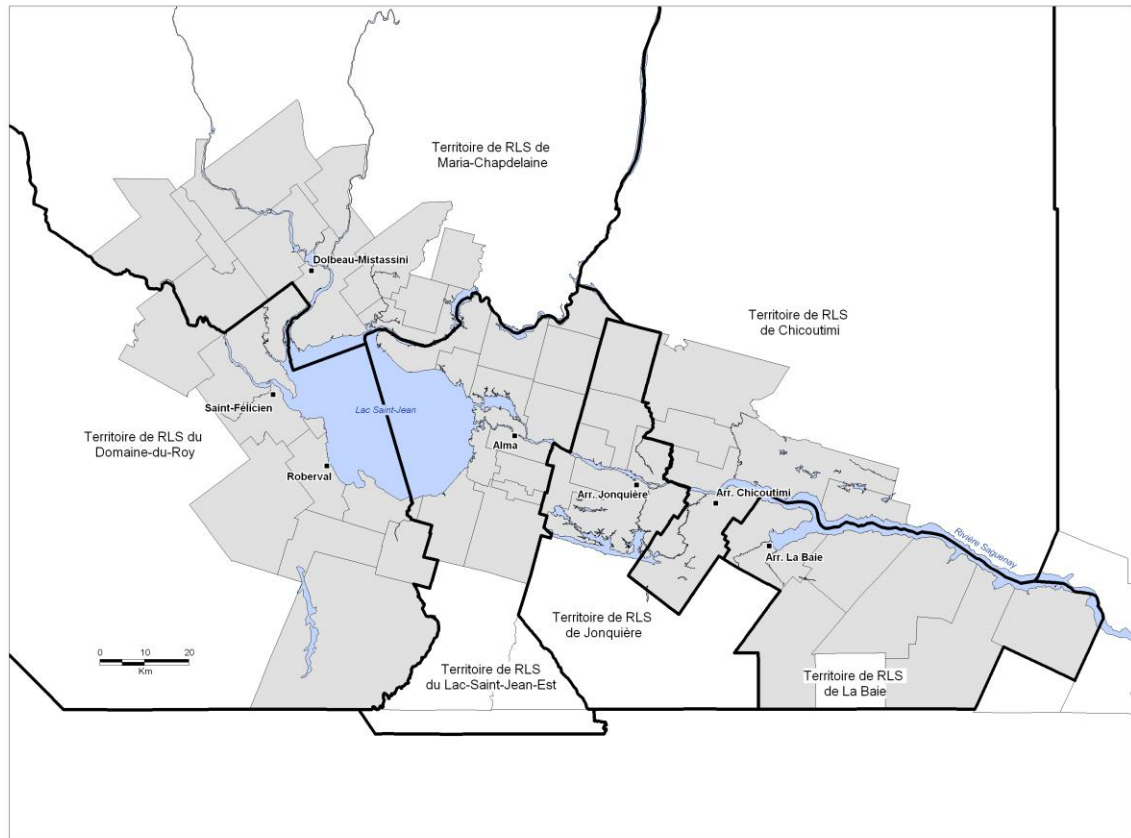
La cohérence des services entre cabinet privée, GMF, CLSC ou clinique externe d'un centre hospitalier est primordiale pour des services aux usagers efficaces.

L'enjeu de la communication entre les services du CIUSSS et cabinet privée, GMF, CLSC nécessite un travail constant dans l'organisation des services. Les médecins de famille doivent être consultés dès le début du processus de planification.

Les choix des professionnels à délocaliser en GMF doivent être liés à la vulnérabilité de la population à desservir. Pour y parvenir, les médecins de famille en GMF doivent avoir accès aux statistiques populationnelles de santé de leur communauté.

4. CARACTÉRISTIQUES RÉGIONALES

4.1 La région du Saguenay–Lac-Saint-Jean



4.2 Synthèse des principaux enjeux et défis de santé au Saguenay–Lac-Saint-Jean

Dans son ensemble, l'état de santé de la population du Saguenay–Lac-Saint-Jean s'est considérablement amélioré au cours des dernières décennies. Mais malgré ces progrès, le réseau régional de la santé et des services sociaux fera face à d'importants défis au cours des prochaines années.

Le vieillissement démographique faisant progressivement de la population du Québec l'une des plus vieilles du monde est tout particulièrement marqué dans la région du Saguenay–Lac-Saint-Jean. Le nombre de personnes âgées de 65 ans et plus y augmentera de 37 % d'ici dix ans, ce qui représente environ 23 250 aînés de plus au sein de la population régionale en 2028. Ce phénomène conduira inévitablement à une hausse du nombre de personnes aux prises avec des problèmes de santé. On peut également s'attendre à ce que le nombre de personnes atteintes simultanément de plusieurs maladies chroniques (multimorbidité) ou vivant avec des limitations ou des incapacités augmente et à ce que leur profil de santé soit de plus en plus complexe.

Certains de ces changements sont d'ailleurs déjà perceptibles. Le nombre de cas de cancer est en hausse d'environ 5 % chaque année dans la région et celui de la maladie d'Alzheimer et d'autres troubles neurocognitifs majeurs de 15 %. Les cas de diabète (+8 %/année), de cardiopathies ischémiques (+6 %/année), d'hypertension artérielle (+5 %/année) et de la maladie obstructive chronique (+4 %/année) sont également en forte croissance au sein de la population régionale. À cet effet du vieillissement s'ajoute celui de l'excès de poids, en hausse depuis une quinzaine d'années. Uniquement entre 2000 et 2012, la proportion d'adultes atteints d'obésité a presque doublé dans la région, passant de 10 % à 18 %. Cette augmentation risque d'avoir un impact sur la prévalence du diabète, de l'hypertension artérielle et d'autres problèmes associés au poids corporel, tels que les maladies cardiovasculaires, les problèmes ostéo-articulaires et certains cancers.

Pour plusieurs de ces problèmes de santé, il existe des leviers sur lesquels agir. On estime, à titre d'exemple, qu'environ 80 % des cas de maladies cardiovasculaires, 60 % des cancers et 30 % des démences seraient évitables en favorisant de saines habitudes de vie. Mais beaucoup de chemin reste à faire à ce sujet.

Le tabagisme a diminué considérablement depuis une trentaine d'années dans la région, mais la situation a peu évolué depuis quelques années. Une personne de 12 ans et plus sur 5 (20 %) affirmait fumer de façon occasionnelle ou régulière en 2013-2014 dans la région. Qui plus est, la proportion de la population consommant de l'alcool de façon excessive, qui tend à augmenter, demeure plus élevée au Saguenay–Lac-Saint-Jean qu'elle ne l'est dans le reste du Québec, et ce, depuis plus de 10 ans.

De plus, seulement 31 % des élèves du secondaire et 18 % des adultes déclarent consommer tous les jours, le nombre recommandé par le Guide alimentaire canadien de portions de légumes et de fruits.

Les niveaux d'activité physique stagnent; le tiers des 15 ans et plus de la région (33 %) sont considérés sédentaires dans leurs loisirs et transports. Les taux d'allaitement dans la région, finalement, sont plus faibles que dans le reste du Québec.

Moins de femmes initient l'allaitement maternel à la naissance et une baisse très importante des taux d'allaitement est observée dès la première semaine de vie de l'enfant.

Le vieillissement de la population et l'augmentation du nombre de cas de maladies chroniques sont associés à plusieurs autres enjeux de santé publique : perte d'autonomie, recours aux soins grandissant, risque accru de chute, isolement social, etc. Le recours grandissant à plusieurs types de médicaments (polypharmacie), par exemple, augmente considérablement le risque d'interactions et d'effets indésirables. Déjà, plus d'un aîné sur deux (55 %) dans la région consomme quatre médicaments différents ou plus (50 % au Québec). Qui plus est, le nombre d'hospitalisations pour chute chez les aînés, qui représentent autour de 80 % des hospitalisations par traumatismes non intentionnels dans cette tranche de la population, a augmenté d'environ 43 % dans la région entre 2006 et 2016. Somme toute, plus d'un aîné sur deux (57 %) affirme avoir des difficultés à réaliser certaines activités quotidiennes en raison d'un état ou d'un problème de santé de longue durée (de 6 mois ou plus). Ce taux d'incapacité atteint 84 % chez les personnes de 85 ans et plus.

Les problématiques de santé mentale constituent elles aussi des enjeux de santé publique importants. Chez les moins de 20 ans, la prévalence des troubles mentaux a presque doublé au cours des 10 dernières années. Cela s'explique en autres, par l'augmentation du nombre de diagnostics du trouble de déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/H). Plus globalement, on estime que plus d'une personne sur 7 (15 %) a été traitée pour un trouble mental au Saguenay–Lac-Saint-Jean au cours de l'année 2015-2016, une proportion significativement plus élevée que celle observée dans le reste du Québec (11,7 %). Les troubles anxio-dépressifs sont les troubles mentaux les plus courants; plus de 22 000 personnes ont été traitées pour ce type de problème de santé uniquement au cours de l'année 2015-2016, ce qui représente 8,2 % de la population régionale.

Les problématiques de consommation de substances psychoactives sont également inquiétantes. Plus de jeunes du secondaire de la région sont initiés à l'alcool en bas âge. La consommation de drogues est également plus fréquente chez les jeunes de la région que dans le reste du Québec. Qui plus est, la proportion de jeunes du secondaire de la région ayant un problème évident de consommation d'alcool et de drogues exigeant une intervention spécialisée était significativement plus importante que celle du Québec en 2010-2011 (7,6 % contre 5,1 %). Par ailleurs, notons que la prévalence de l'usage des opioïdes prescrits se situe à environ 9,0 % à Laval et Montréal et à plus de 13,0 % au Saguenay–Lac-Saint-Jean en 2016.

Plusieurs de ces enjeux sont partagés à l'échelle de la région, mais certaines particularités sont observables pour chacun des six territoires de RLS et des communautés qui les composent. Des écarts encore plus importants subsistent également entre différentes tranches de la population régionale. Un nombre très important de personnes vivent effectivement dans des conditions socioéconomiques peu favorables à la santé. On estime, par exemple, que plus de 29 000 adultes et 8 000 enfants de la région souffrent d'insécurité alimentaire. Déterminants des déterminants, les inégalités sociales ont des impacts mesurables très importants sur la santé. Or, l'écart entre les riches et les pauvres continue de s'accroître dans la plupart des pays développés, et la région, comme le Québec, n'y fait pas exception.

De même, le portrait de l'état de santé des populations autochtones « révèle des écarts notables par rapport à la moyenne de l'ensemble de la population du Québec pour plusieurs problématiques » (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2015 : 25). Ces différences s'expliquent par des contingences à la fois historiques, politiques et sociales qui se traduisent aujourd'hui par de profondes inégalités sociales entre les membres des Premières Nations et le reste de la population et par différentes transformations au niveau du mode de vie de ces derniers. À ces différents éléments s'ajoute le fait que les populations autochtones soient particulièrement jeunes, bien que la proportion de personnes âgées de 65 ans et plus qui les composent augmente de façon importante, ce qui soulève plusieurs enjeux de santé publique particuliers. On dénombre environ 5 715 Indiens inscrits au Saguenay–Lac-Saint-Jean en 2016, ce qui représente 2 % de la population totale de la région. Une majorité de ces autochtones (73 %) réside dans le RLS Domaine-du-Roy, qui abrite la Réserve innue de Mashteuiatsh.

5. ACTUALISATION DES SERVICES MÉDICAUX À LA POPULATION

5.1 Objectifs généraux

Devant ses nombreux défis, les différents acteurs impliqués; DRMG, DSP, et toutes les directions cliniques doivent mettre le patient au cœur de leurs actions et agir ensemble pour organiser des actions de concertation et de complémentarité qui permettront de poursuivre l'amélioration des services à la population. Pour ce faire, différentes actions doivent être mises en place pour y arriver, autant au niveau régional que local, dans chacun des RLS de la région.

5.2 Objectifs régionaux priorisés par la DSP

Promouvoir la pratique de l'accès adapté pour faciliter l'accès au rendez-vous rapide pour l'utilisateur.

Trouver avec le Ministère une solution mitoyenne entre le GMF et le GMF-R pour permettre un accès au sans rendez-vous pour la clientèle sans médecin de famille et autres en heures défavorables.

Augmenter les heures d'ouvertures des CLSC non GMF afin d'offrir des services médicaux en heures défavorables.

Faciliter la réorientation des P4-P5 des urgences vers les GMF et les CLSC et augmenter le nombre d'utilisateurs réorientés quotidiennement. Avec le MSSS, travailler à sensibiliser la population à l'importance de consulter au bon endroit au bon moment.

Avoir un lien informatique permettant la possibilité de donner des rendez-vous directement de l'urgence.

Inciter les médecins de famille à l'utilisation « Rendez-vous santé Québec » afin de permettre aux usagers de prendre rendez-vous en ligne avec leur médecin de famille.

5.3 Objectifs régionaux priorisés par le DRMG

Améliorer l'accès aux professionnels par une meilleure utilisation des services par les médecins de famille.

Former l'infirmière en GMF comme personne pivot, afin d'orienter le patient vers le service dont il a besoin et vers une approche inspirée des données probantes (ACCEPT, VISAGE, DIMAC, projet Alzheimer, OPUS, en lien avec les différents continuums de services).

Évaluer les besoins avec les chefs de département du CIUSSS, et des GMF-U.

Orienter le travail par les spécificités de chacun des territoires.

Mieux définir les rôles des travailleurs sociaux et autres professionnels de première ligne, en GMF et hors GMF pour améliorer l'accès aux soins des personnes vulnérables et de la clientèle sans médecin de famille.

Améliorer la planification et la gestion des activités médicales particulières.

Créer des processus de travail pour l'amélioration des pratiques (COMPAS, COMPAS+).

**PORTRAIT ET BESOINS
PAR RÉSEAU LOCAL DE SERVICES (RLS)**



RLS La Baie



CARACTÉRISTIQUES GÉOGRAPHIQUES

La Baie est un des trois arrondissements urbains de la Ville de Saguenay.

Superficie du territoire

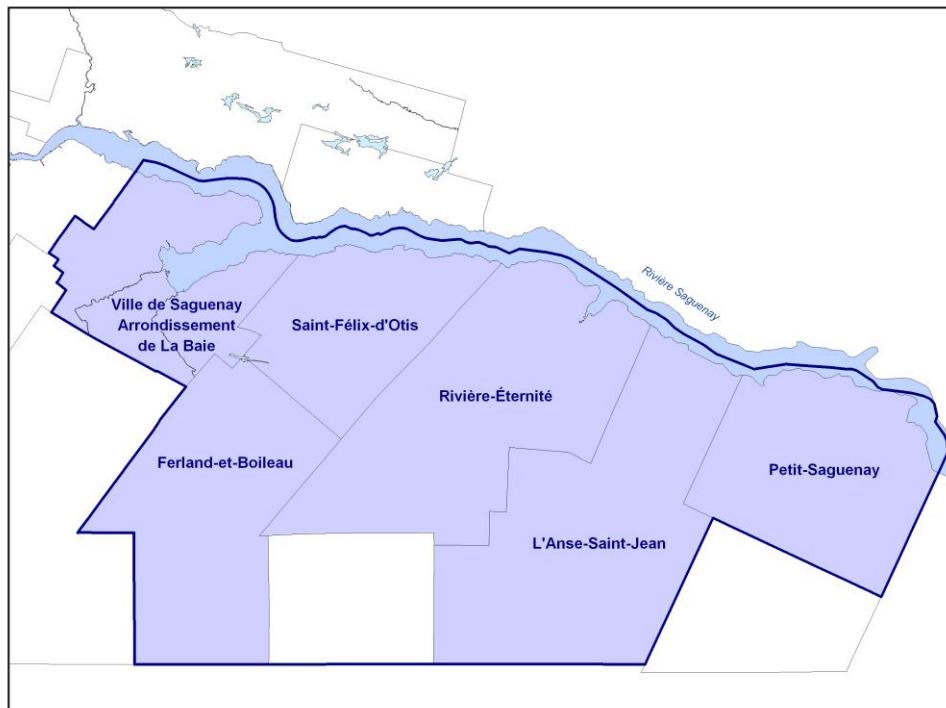
262 km², soit 23 % de la superficie totale de la Ville de Saguenay, 70,3 habitants/km².

Le territoire de La Baie est situé le long de la rivière Saguenay. La majeure partie de la population (plus ou moins 80 %) réside dans la zone urbaine définie par l'arrondissement de la Baie. La population rurale se répartit à travers cinq municipalités de moins de 5 000 habitants : Ferland-et-Boileau, Saint-Félix-d'Otis, Rivière-Éternité, L'Anse-Saint-Jean et Petit-Saguenay. Dans cette zone, la densité de la population s'élève à 13 habitants/km² comparativement à 404 en milieu urbain (réf. Portrait de santé 2014, territoire de La Baie).

Positionnement géographique du territoire par rapport aux autres de la région

Voir positionnement du territoire sur la carte, page 11 du présent document.

Carte du territoire du RLS



Territoire rural, semi-urbain ou urbain

La zone urbanisée n'occupe qu'une mince partie de ce territoire qui entoure la Baie et s'étend sur les plateaux environnants (secteurs de Bagotville, Port-Alfred et Grande Baie).

Distance entre les différents points de services

La distance entre la Ville de La Baie et de L'Anse-Saint-Jean est de 65 km, alors que Petit-Saguenay est à 20 km de L'Anse-Saint-Jean, donc 85 km de La Baie.

Répartition des services (condensation et zones moins desservies)

La population du Bas-Saguenay (L'Anse-Saint-Jean) n'a pas accès à tous les services, donc doit se déplacer à la Ville de La Baie pour les recevoir.

CARACTÉRISTIQUES DE LA POPULATION**Natalité (2010-2014)¹**

		Écart / reste du Québec
Nombre annuel moyen de naissances	229	
Taux de natalité	10,1	(-)

Mortalité (2011-2015)²

		Écart / reste du Québec
Nombre annuel moyen de décès	184	
Taux de mortalité (pour 100 000 personnes)	819,4	n.s.

Projections démographiques³

	2018		2028	
	N	%	N	%
0-5 ans	1 394	6,2 %	1 240	5,5 %
6-11 ans	1 362	6,0 %	1 393	6,1 %
12-17 ans	1 114	4,9 %	1 349	6,0 %
18-44 ans	7 076	31,3 %	6 391	28,2 %
45-64 ans	6 677	29,6 %	5 256	23,2 %
65-74 ans	2 927	13,0 %	3 842	16,9 %
75-84 ans	1 456	6,4 %	2 335	10,3 %
85 ans et +	582	2,6 %	862	3,8 %
TOTAL	22 588	100,0 %	22 668	100,0 %

SANTÉ PUBLIQUE**Prévalence des principales conditions chroniques (2015-2016)⁵**

	Nombre de cas	% de la populatio n atteinte	Écart / reste du Québec
Hypertension artérielle	5 430	30,8	(+)
Diabète	1 935	9,0	n.s.
Cardiopathies ischémiques	2 155	12,2	(+)

Asthme	3 435	16,0	(+)
MPOC (35 ans et plus)	2 230	16,1	(+)
Alzheimer et autres troubles apparentés (45 ans et plus)	280	2,2	n.s.
Incidence du cancer (2006-2010)⁶			
	Nombre de nouveaux cas/an	Taux brut pour 100 000	Écart / reste du Québec
Ensemble des tumeurs	134	582,5	n.s.
Cancer du poumon	27	118,6	n.s.
Cancer du sein (femmes)	16	144,1	n.s.
Cancer colorectal	21	92,4	n.s.
Cancer de la prostate	14	121,2	n.s.
Prévalence annuelle des troubles mentaux (2015-2016)⁵			
	Nombre de cas	% de la populatio n atteinte	Écart / reste du Québec
Ensemble des troubles mentaux	3 100	14,4	(+)
Troubles anxiodépressifs	1 835	8,5	(+)
Troubles schizophréniques	80	0,4	n.s.
Troubles de la personnalité du groupe B	95	0,4	n.s.
TDA/H (1 à 24 ans)	180	3,5	n.s.
Trouble du spectre de l'autisme (1 à 24 ans)	40	0,8	(-)
CARACTÉRISTIQUES SOCIO-ÉCONOMIQUES			
Conditions socio-économiques⁴			
	N	%	
Population de 25 à 64 ans n'ayant aucun certificat, diplôme ou grade, 2016	1 660	13,5	
Faible revenu en 2015 fondé sur la mesure de faible revenu après impôt (MFR-Apl), 2016	1 230	11,0	
Chômage chez les 15 ans et plus, 2016		8,9	
Prestataires de l'aide sociale, 2018	980	5,6	

INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES

- Familles de militaires de la Base de Bagotville.
- Travailleurs saisonniers.
- Travailleurs d'origine étrangère (Rio Tinto Alcan).

SERVICES MÉDICAUX GÉNÉRAUX ET AUTRES PROGRAMMES

INSTALLATIONS ET CLINIQUES PRIVÉES

Données extraites du permis du MSSS, avril 2015. (Démarches de conformité des noms et du nombre de lits actuellement en cours avec le MSSS).

Hôpital de La Baie

- 25 lits de santé physique
- 13 lits de gériatrie

Urgence

- Nombre de civières : 7

Hôpital de jour

Nombre d'installations offrant des services de nature « CLSC »

- CLSC du Fjord à La Baie
- CLSC du Fjord à L'Anse-Saint-Jean

Nombre d'installations offrant des services de nature « CHSLD » et nombre de lits

- CHSLD de Bagotville : 55 lits permanents
- CHSLD Saint-Joseph : 46 lits permanents, 2 lits d'hébergement temporaire

GMF et leurs sites

- GMF du Fjord
 - Clinique médicale des 21
 - Clinique médicale du Bas-Saguenay
- GMF clinique médicale de La Baie

Cliniques qui n'ont pas le statut de GMF

- Clinique médicale de l'Anse

Nombre de GMF-R : N/A

Nombre de GMF-U : N/A

Clinique de grippe

- Au besoin, une clinique sera installée au CLSC

Trajectoires spécifiques existantes pour certaines catégories de grands utilisateurs

Le programme des grands utilisateurs de services peut compter sur le travail d'un infirmier clinicien gestionnaire de cas. Le rôle du gestionnaire de cas est de repérer les usagers ayant un profil d'utilisation de service élevé, accompagner et soutenir les équipes de soins en place de façon à améliorer l'offre de service, évaluer les besoins des usagers ayant des besoins de santé complexes, coordonner la réalisation du plan de services individualisé (PSI) et en assurer le suivi. Pour les grands utilisateurs, le GMF du Fjord devrait faire partie du projet « gestion de cas CIUSSS – GMF/GMF-U ».

Offres de services spécifiques disponibles dans les GMF

En plus des infirmières cliniciennes affectées au GMF, on retrouve sur le territoire 0,5 ETC inhalothérapeute dans un GMF et 0,5 ETC nutritionniste dans chacun des GMF. Un GMF sur deux a fait appel au service d'un pharmacien directement dans son GMF afin d'évaluer la polypharmacie de sa clientèle. En plus des suivis d'enseignement des différentes maladies chroniques et facteurs de risques par les infirmières et nutritionniste (MAPA disponible pour le suivi de l'hypertension), les patients peuvent aussi bénéficier des services de spirométrie par l'inhalothérapeute.

Vous retrouverez en annexe 1 le tableau de l'horaire des GMF du RLS La Baie.

INSCRIPTION À UN MÉDECIN DE FAMILLE ET ACCESSIBILITÉ**Nombre de patients inscrits à un médecin de famille (données RAMQ, 14 septembre 2018)**

- 19 049 patients inscrits

Répartition territoriale des inscriptions à un médecin de famille

- 88,99 % de la population

Répartition des personnes vulnérables inscrites auprès d'un médecin de famille (données RAMQ 14 septembre 2018)

- Problème de santé mentale : 3 028
- MPOC : 1220
- MCAS et HTA sévère : 1952
- Cancer : 1037
- Diabète excluant le diabète de grossesse : 1 780
- Toxicomanie ou alcoolisme en cours de sevrage : 288
- VIH/sida/hépatite C : 20
- Maladies dégénératives du système nerveux : 365
- Maladies inflammatoires chroniques : 451
- Troubles dépressifs majeurs actifs : 1 657

- Troubles dépressifs majeurs récidivants : 680
- Insuffisance rénale chronique/insuffisance hépatique : 414
- Maladies thrombotiques récidivantes : 140
- Fibrillation auriculaire : 143
- TDAH : 332
- Déficience intellectuelle : 64
- Déficience auditive/visuelle : 31
- Douleur chronique : 1 282
- AVC : 45
- Personnes âgées 70 ans et plus avec un code de vulnérabilité : 2 498
- Personnes ayant plus d'un facteur de vulnérabilité : 3 969
- Nombres de personnes vulnérables : 9 683

Évolution annuelle des inscriptions à un médecin de famille

22 octobre 2018	22 octobre 2017	22 octobre 2016	22 octobre 2015
89,67 %	85,06 %	76,03 %	83,24 %

*Un effort considérable a été fait par les médecins de famille pour prendre en charge la population de La Baie, les inscriptions à un médecin de famille sont passées de 76,03 à 89,67 % en deux ans.

Nombre d'inscriptions en provenance du GAMF : données non disponibles.

Nombre de visites annuelles à l'urgence dont la priorité de triage est de niveau 4 (P4) et 5 (P5) du 1^{er} avril 2017 au 31 mars 2018

- Hôpital de La Baie nombres de visites totales à l'urgence : 19 221
- Nombre de visites P4 et P5 à urgence : 13 225
- Proportion : 68,8 %

Nombre de visites de patients inscrits à un médecin de famille dans les unités d'urgence de niveau P4-P5, tiré du tableau de la Direction des services d'urgence, MSSS

Répartition selon différents groupes									
Période 8 (photo)									
Année	Visites totales	Visites priorité 4		Visites priorité 5		Visites avec médecin de famille		Réorientés	
	n	n	%	n	%	n	%	n	%
02 CIUSSS du Saguenay - Lac-Saint-Jean									
Hôpital de La Baie									
2014-2015	1 526	544	35,6%	717	47,0%	1 203	78,8%	0	0,0%
2015-2016*	1 438	523	36,4%	596	41,4%	17	1,2%	0	0,0%
2016-2017	1 550	606	39,1%	608	39,2%	163	10,5%	0	0,0%
2017-2018	1 370	627	45,8%	316	23,1%	80	5,8%	1	0,1%
2018-2019	1 308	538	41,1%	282	21,6%	1	10,2%	3	0,2%

La conformité des données des visites avec médecin de famille est à valider. (Revoir la saisie des données).

Taux d'assiduité par clinique et par GMF : 15 août 2018

- GMF du Fjord : 82,9 %
- GMF clinique médicale de la Baie : 78,4 %

15 octobre 2018

- GMF du Fjord : 84,6 %
- GMF Clinique médicale de la Baie : 79,2 %

EFFECTIFS MÉDICAUX

Référence : tableau exploratoire pour évaluer le besoin à combler par territoire, voir méthodologie de calcul. Source : données RAMQ, octobre 2016 à septembre 2017

Nombre de médecins de famille installés : 25

Proportions de médecins de 65 ans ou plus : 4 %

Un médecin a plus de 65 ans et partira à la retraite en avril 2019.

Quatre médecins ont entre 58 et 64 ans.

Répartition des effectifs médicaux (en, ETC)

- Première ligne : 12,7
- CHSLD : 1,8
- Total en service de proximité : 14,5
- Patients admis : 3,1
- Urgence : 8

Total en service de spécialisé : 11,1

Ratio patients/médecins

- Ratio service de proximité : 1 730 patients
- Ratio patients/médecins au total : 25 081/25,9 : 968 patients

L'indice de besoin en effectifs médicaux (correspond au rapport entre le nombre de médecins de famille et le besoin de famille sur un territoire donné) au 31 août 2018 : 0,97

GUICHET D'ACCÈS À UN MÉDECIN DE FAMILLE**Nombre de personnes enregistrées au GAMF (données RAMQ, 17 septembre 2018)**

- 1 085 (1 071 non attribués et 14 attribués)

Évolution du nombre de personnes sur le GAMF

- Le 22 juin 2016 : 892 personnes totales (889 non attribuées et 3 attribuées)
- Le 1^{er} juin 2017 : 2 033 personnes totales (1 898 non attribuées et 135 attribuées)

Répartition du nombre de personnes sur le GAMF selon leur priorité (17 septembre 2018)

A	B	C	D	E
9	72	396	136	472

Délai moyen d'inscription en jours au GAMF selon la condition de santé (21 septembre 2018)

A	B	C	D	E
89,9	422,3	465,7	329,2	390,0

Moyenne : 419 jours

Actions en cours pour vider le GAMF

Une réorganisation régionale du fonctionnement du GACO a eu lieu, le nouveau fonctionnement a débuté le 8 janvier 2018. (Centralisation des réponses téléphoniques pour une plus grande réponse aux usagers et aux médecins, harmonisation des pratiques, révision des processus d'aiguillages usagers). Actuellement, la phase deux du projet est en cours. Il s'agit de faciliter la prise en charge par les médecins de famille, des usagers présentant une problématique complexe (santé mentale, dépendance) en leur offrant des services interprofessionnels adaptés à leur situation. La reprise des rencontres GACO regroupant les différents médecins coordonnateurs de la région, les gestionnaires et les personnes cliniques permettra d'actualiser les pratiques afin de soutenir les GACO dans l'accompagnement des patients et leur attribution et de mobiliser les médecins à prendre en charge les patients. À ce jour, environ 1 100 patients sont en attente au guichet à La Baie.

Avec la venue potentielle de deux nouveaux médecins sur le territoire pour 2019, deux nouveaux arrivés à l'automne et deux autres au cours de l'année 2018 qui inscrivent encore des patients, l'espoir de vider le guichet est réaliste, car seulement une retraite est annoncée et le médecin ne fait que du CHSLD. Il faut par contre prendre en considération la possibilité que des médecins plus âgés veuillent se départir de patients pour alléger leurs tâches ou pour atteindre le niveau d'assiduité exigé. Quatre médecins ont utilisé la Lettre d'entente 321, récemment deux pour se rapprocher du cap des 500 patients et deux pour le cap des 1 000 patients. Cependant, 10 % des patients ne viennent pas porter leur lettre signée ou ont déjà été acceptés par un autre médecin sans passer par le guichet. Nous retrouverons aussi au GAMF certains patients qui ne se présentent pas à leur rendez-vous.

ACTIVITÉS MÉDICALES PARTICULIÈRES (AMP)

- Liste des AMP : urgence, hospitalisation, prise en charge, CHSLD, obstétrique, soins à domicile, hôpital de jour, gériatrie, URFI gériatrique, santé publique
- Évolution des AMP : données non disponibles
- Répartition des AMP (AMP disponible octobre 2018) : hospitalisation (courte durée), obstétrique, longue durée, URFI gériatrique, hôpital de jour
- Fréquence de révision des AMP : annuelle

ACTIVITÉS DANS D'AUTRES PROGRAMMES

Les médecins de première ligne assurent le suivi médical des usagers présentant une déficience intellectuelle. En plus des suivis aux usagers en CHSLD sur le territoire de La Baie, des lits URFI gériatriques sont aussi couverts par des médecins de famille.

IDENTIFICATION DES BESOINS

PROBLÉMATIQUES ACTUELLES ET ANTICIPÉES

Problématique d'inscription et d'accès à un médecin de famille

Absence de réseau de sans rendez-vous pour la clientèle sans médecin de famille

Les usagers sans médecin de famille n'ont pas accès aux cliniques sans rendez-vous pour des problématiques de priorité ne nécessitant pas de se rendre à l'urgence.

Distance

Il n'y a que deux médecins pour couvrir le Bas-Saguenay (Rivière-Éternité, L'Anse-Saint-Jean et Petit-Saguenay). Un médecin travaille en solo et l'autre médecin fait partie du GMF, l'autre site étant à La Baie. Lorsque le médecin qui travaille en solo s'absente, il n'y a aucune couverture pour sa clientèle. Cela l'oblige à consulter à l'urgence. Ce médecin a des inscriptions provenant de La Baie. Il est difficile pour cette clientèle de faire 45 à 60 km pour consulter leur médecin, il est plus facile de se rendre à l'urgence. Certaines personnes âgées habitant à La Baie aimeraient bien avoir un médecin près de leur domicile.

Les patients du Bas-Saguenay ne faisant pas partie de GMF ont besoin de services en heures défavorables et pour les patients du Bas-Saguenay faisant partie du GMF, la distance à parcourir pour venir au sans rendez-vous à La Baie n'est pas à négliger. La clientèle du Bas-Saguenay n'a pas accès à tous les services, dont la physiothérapie. La distance à parcourir, la fatigue encourue lors des déplacements et le problème de transport (pas d'autobus ni de taxi) font que souvent les patients refusent de se déplacer pour recevoir des services qui sont situés trop loin pour eux ou c'est trop compliqué pour s'y rendre. Cette clientèle qui n'a pas toujours la capacité de se déplacer pour recevoir des services plus éloignés peut négliger sa santé.

Famille de militaires

Une partie de la population de La Baie, soit les familles de militaires, en raison de déménagements répétés, risque de s'inscrire au guichet et de ne pas pouvoir avoir accès à un médecin de famille avant un autre déménagement. Elles sont toujours à la recherche d'un médecin d'une province à l'autre. Pourrait-il y avoir un projet ou une entente fédérale-provinciale afin de ne pas négliger la santé de cette population?

Problématique en CHSLD

Les médecins travaillant en CHSLD sont surtout des médecins âgés qui ne sont pas intéressés à faire partie d'un système de garde. L'intérêt des jeunes médecins est peu marqué pour la prise en charge en CHSLD. Actuellement, ce sont les médecins de l'hospitalisation qui couvrent le soir, la nuit et les fins de semaine. Le problème est de jour, lorsque le médecin traitant est injoignable, l'infirmière appelle le médecin de garde à l'hospitalisation, ce qui n'est pas idéal.

Problématique de réorientation des P4-P5

Pour les P4-P5, les GMF participent à la redirection des usagers qui se présentent à l'urgence et ceux-ci désirent améliorer leur contribution. Un GMF s'est concentré sur le suivi de ses patients inscrits pour optimiser son taux d'assiduité. Par contre, le recrutement de deux nouveaux médecins a contribué rapidement à la restructuration de leur fonctionnement et à l'augmentation de la prise en charge. Le personnel des GMF sensibilise les patients à appeler au GMF plutôt que de se rendre à l'urgence. Il est effectivement constaté qu'une grande proportion des visites à l'urgence est constituée de patients P4-P5 et que ceux-ci ne peuvent pas tous consulter au GMF. Une réflexion est donc à faire, puisque les médecins de l'urgence en recevant des P4-P5 contribuent à obtenir un débit intéressant de travail au maintien du service de l'urgence. Il faut reconnaître la réalité des plus petites municipalités à desservir et que le RLS n'a pas suffisamment de médecins pour tout couvrir.

Problématique de délai d'attente au GAMF

Il est très difficile de respecter les délais d'attente du MSSS dans la quasi-totalité des cas. Les nombreuses voies parallèles de prise en charge de patients semblent avoir un effet pervers important sur la prise de patients à partir du GACO, et ce, même chez les nouveaux médecins. Les patients du GACO demeurent plus longtemps au GAMF. Peu de nouveaux arrivants utilisent la Lettre d'entente 321 (trop grands nombres de patients pour un médecin débutant, risque trop important de demandes de rendez-vous rapide chez la clientèle qui attend déjà depuis longtemps). Les nombreuses voies d'entrées permises pour la prise en charge de nouveaux patients par les médecins ne permettent pas de vider les guichets (inégalités des clients au GACO qui attendent depuis très longtemps).

L'accès à un médecin de famille peut être difficile pour une partie des personnes en attente au GACO : prisonniers, RAMQ expirée ou tentative de mise à jour sans retour d'appel.

Problématique de découverte médicale dans certains secteurs

Dans un premier temps, les besoins en AMP principaux sont toujours comblés.

Problématique de référence ou de délai pour l'accès aux services spécialisés

Pour l'accès aux services spécialisés, les délais pour la gastroscopie, la colonoscopie, l'imagerie IRM échographie sont très longs. L'urologie et l'orthopédie étaient aussi problématiques, mais semblent s'améliorer. Le service en psychiatrie est difficile, puisque nous n'avons pas de service de psychiatrie référant. Le départ d'un médecin à l'hôpital de jour manque à l'équipe. Il n'y a plus de consultation qui se fait en courte durée sur les étages de l'hôpital. Moins d'heures à l'hôpital de jour sont couvertes. L'URFI est couverte par seulement deux médecins, ce qui pourrait rendre fragile le service si une des deux médecins devait s'absenter pour une longue période.

BESOINS EN EFFECTIFS MÉDICAUX ET AUTRES PROFESSIONNELS**Départs ou retraites prévisibles**

En ce qui concerne les retraites, le raz-de-marée est à prévoir dans la vision six ans (entre cinq et sept ans). Cinq médecins pourraient partir à la retraite soit, 10 000 patients deviendront orphelins.

Effectifs médicaux manquants en première ligne

La prévalence des maladies chroniques respiratoires est importante dans le RLS de La Baie. Une inhalothérapeute pratique à mi-temps dans un GMF, sa présence est importante en raison de cette prévalence, mais le coût engendré pour conserver cette ressource est non négligeable (spiromètre, matériel jetable, embouts, etc.). La nutritionniste est également débordée en raison de toutes les maladies chroniques à couvrir. Il est difficile pour ces professionnels de faire des demi-temps d'un GMF à l'autre et un temps complet pourrait être souhaitable, mais les GMF sont confrontés à faire des choix parfois difficiles.

Un meilleur corridor de services en santé mentale serait très apprécié. Un accès plus facile et plus convivial est à souhaiter pour encourager la prise en charge de cette clientèle. La venue des intervenants sociaux a facilité la tâche en GMF. L'ajout de psychologues dans les GMF pourrait également être intéressant.

Autres besoins exprimés

« Notre population est malade, mais nos professionnels le sont aussi. Il est inconcevable de devoir toujours attendre un mois avant que le personnel soit remplacé et lorsque le mois est passé, le CIUSSS est souvent à court d'effectifs. Comment faire pour garder les professionnels en santé? »

OBJECTIFS POURSUIVIS

Objectif 1 : améliorer l'accès au médecin de famille pour l'ensemble de la population du territoire (comprenant les usagers des municipalités moins bien desservies et ceux de la Base militaire de Bagotville)

ACTIONS ET MOYENS
- Maximiser la prise en charge et tenter de vider le guichet. - Démystifier le guichet d'accès aux nouveaux médecins. - Augmenter ou maintenir l'assiduité dans les GMF du territoire. - Favoriser la prise en charge de personnes atteintes de problème en santé mentale ou toxicomanie. - Favoriser la consultation du patient au bon médecin au bon endroit (P4-P5 dans les cliniques en heures favorables). - Réduire les consultations à l'urgence pour les grands utilisateurs. - Permettre dans le futur des mécanismes pour alléger la tâche des médecins qui songent prendre leur retraite. - Réorganiser les soins en CHSLD, dont envisager l'adhésion à la Lettre d'entente 327. - Améliorer les corridors de services en spécialité : endoscopie, imagerie, urologie, etc. - Permettre aux patients plus âgés de consulter le plus près possible de leur milieu de vie.
RÔLES ET RESPONSABILITÉS
Tables territoriales locales - Orienter les nouveaux médecins vers la prise en charge. - Démystifier le guichet d'accès aux nouveaux médecins. - Soutenir et encourager les nouveaux médecins. - Mousse la Lettre d'entente 321 pour la prise en charge. Direction clinique établissement - Favoriser l'appui des médecins de famille en cabinet par les autres professionnels pour faciliter la prise en charge (équipe multidisciplinaire). - L'ajout de certains professionnels en GMF comme la psychologie et l'ajout d'infirmières auxiliaires serait souhaitable. - Remplacer les professionnels en congé de maladie le plus tôt possible. Ne pas attendre quatre semaines avant de les remplacer. Il serait également souhaitable de les remplacer lorsqu'ils sont en vacances. - Supporter financièrement les GMF pour des professionnels demandant plus de matériel, exemple : inhalothérapeute. - Partager l'expérience d'autres CHSLD dans l'organisation des soins. - Mieux outiller les médecins et les professionnels par de la formation en santé mentale et toxicomanie.

GMF

- Participer au projet gestion de cas CIUSSS-infirmière pivot GMF pour les grands utilisateurs.
- Participer aux différents programmes mis en place pour le suivi de maladies chroniques.
- Encourager la redirection des P4-P5 et prévoir ou continuer à offrir des plages horaires dans les cliniques. Renforcer l'éducation du patient en ce sens. Il ne faut pas oublier que l'urgence de La Baie a besoin de P4-P5 pour avoir un débit intéressant pour le médecin qui y pratique et la population sur le vaste territoire a besoin de ce service.

DSP

- Sonder le terrain afin d'analyser la possibilité d'une entente fédérale-provinciale pour la clientèle de la Base militaire de Bagotville.

ÉCHÉANCES

5 ans

FACTEURS DE RÉUSSITE ET CONTRAINTES

Assurer une forte implication de la table territoriale et un département de médecine générale local dans la recherche de solutions avec les gestionnaires du CIUSSS pour soutenir les nouveaux médecins et les professionnels en place afin d'atteindre les objectifs escomptés.

« Il faut rester optimiste et soutenir les nouveaux médecins, malgré les embûches rencontrées, nous espérons une amélioration du système de santé. La médecine de famille reste une belle profession, on aime encore la pratiquer et on aime nos patients et nos collègues ».

PORTRAIT ET BESOINS
PAR RÉSEAU LOCAL DE SERVICES (RLS)



RLS Chicoutimi



CARACTÉRISTIQUES GÉOGRAPHIQUES

Chicoutimi est un des trois arrondissements urbains de la Ville de Saguenay.

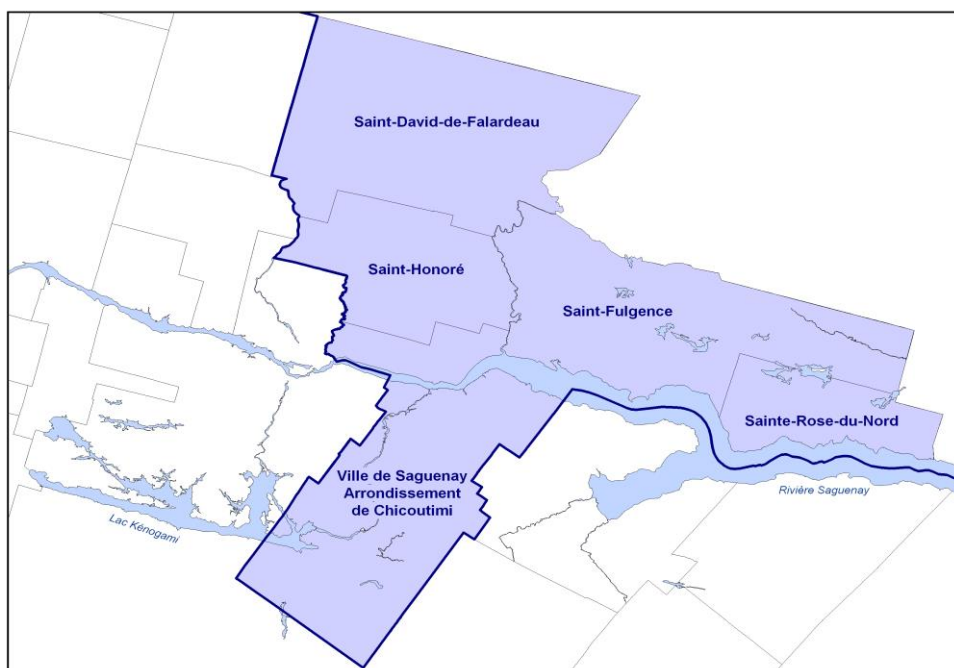
Superficie du territoire

146,9 km², le territoire de Chicoutimi s'étend de part et d'autre de la rivière Saguenay.

Positionnement géographique du territoire par rapport aux autres de la région

Voir positionnement du territoire sur la carte, page 11 du présent document.

Carte du territoire du RLS



Territoire rural, semi-urbain ou urbain

La majeure partie de la population (plus ou moins 80 %) réside dans la zone urbaine définie par l'arrondissement de Chicoutimi. La population rurale est répartie à travers quatre municipalités de moins de 5 000 habitants : Sainte-Rose-du-Nord, Saint-David-de-Falardeau, Saint-Fulgence et Saint-Honoré. Dans cette zone, la densité de la population s'élève à 13 habitants par km² comparativement à 404 en milieu urbain (référence : Portrait de santé 2014 – Territoire de Chicoutimi).

CARACTÉRISTIQUES DE LA POPULATION

Natalité (2010-2014)¹

		Écart / reste du Québec
Nombre annuel moyen de naissances	753	
Taux de natalité	9,7	(-)

Mortalité (2011-2015) ²				
			Écart / reste du Québec	
Nombre annuel moyen de décès		654		
Taux de mortalité (pour 100 000 personnes)		836,1		n.s.
Projections démographiques ³				
	2018		2028	
	N	%	N	%
0-5 ans	4 601	5,8 %	4 292	5,4 %
6-11 ans	4 612	5,8 %	4 777	6,0 %
12-17 ans	4 121	5,2 %	4 825	6,0 %
18-44 ans	25 625	32,5 %	23 375	29,3 %
45-64 ans	22 352	28,3 %	18 863	23,6 %
65-74 ans	10 039	12,7 %	12 149	15,2 %
75-84 ans	5 304	6,7 %	8 322	10,4 %
85 ans et +	2 303	2,9 %	3 308	4,1 %
TOTAL	78 957	100,0 %	79 911	100,0 %
SANTÉ PUBLIQUE				
Prévalence des principales conditions chroniques (2015-2016) ⁵				
	Nombre de cas	% de la populatio n atteinte	Écart / reste du Québec	
Hypertension artérielle	17 760	28,4	(+)	
Diabète	6 010	7,8	(-)	
Cardiopathies ischémiques	7 655	12,2	(+)	
Asthme	12 115	15,8	(+)	
MPOC (35 ans et plus)	6 465	13,4	(+)	
Alzheimer et autres troubles apparentés (45 ans et plus)	1 215	2,8	n.s.	
Incidence du cancer (2006-2010) ⁶				
	Nombre de nouveaux cas/an	Taux brut pour 100 000	Écart / reste du Québec	
Ensemble des tumeurs	474	618,6	n.s.	

Cancer du poumon	78	102,3	n.s.
Cancer du sein (femmes)	62	160,3	n.s.
Cancer colorectal	62	80,4	n.s.
Cancer de la prostate	56	148,1	(+)
Prévalence annuelle des troubles mentaux (2015-2016)⁵			
	Nombre de cas	% de la population atteinte	Écart / reste du Québec
Ensemble des troubles mentaux	12 120	15,8	(+)
Troubles anxiodépressifs	6 470	8,4	(+)
Troubles schizophréniques	355	0,5	n.s.
Troubles de la personnalité du groupe B	390	0,5	(+)
TDA/H (1 à 24 ans)	785	4,0	n.s.
Trouble du spectre de l'autisme (1 à 24 ans)	155	0,8	(-)
CARACTÉRISTIQUES SOCIO-ÉCONOMIQUES			
Conditions socio-économiques⁴			
	N	%	
Population de 25 à 64 ans n'ayant aucun certificat, diplôme ou grade, 2016	4 880	11,8	
Faible revenu en 2015 fondé sur la mesure de faible revenu après impôt (MFR-ApI), 2016	4 670	12,2	
Chômage chez les 15 ans et plus, 2016		8,2	
Prestataires de l'aide sociale, 2018	3 640	5,9	
INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES			
- Familles de militaires de la Base de Bagotville. - Travailleurs saisonniers. - Travailleurs d'origine étrangère (Rio Tinto Alcan).			

SERVICES MÉDICAUX GÉNÉRAUX ET AUTRES PROGRAMMES

INSTALLATIONS ET CLINIQUES PRIVÉES

Données extraites du permis du MSSS, avril 2015. (Démarches de conformité des noms et du nombre de lits en cours avec le MSSS).

Hôpital de Chicoutimi

- 284 lits de santé physique
- 15 lits néonatalogie
- 70 lits psychiatrie
- 21 lits d'hôtellerie
- 41 civières à l'urgence

Hôpital de jour santé mentale

Installations offrant des services de nature « CLSC »

- CLSC de Chicoutimi (avec points de chute à Ste-Rose-du-Nord, Laterrière et Saint-David-de-Falardeau)
- CLSC de Chicoutimi-Nord
Au niveau fonctionnel
Le site de Chicoutimi-Nord abrite l'équipe du SAD, mais n'est pas un CLSC distinct

Installations offrant des services de nature « CHSLD » et nombre de lits

- CHSLD de la Colline : 98 lits d'hébergement permanent
- CHSLD Jacques-Cartier : 101 lits d'hébergement permanent et 3 lits d'hébergement temporaire
- CHSLD Mgr Victor-Tremblay : 66 lits d'hébergement permanent
- CHSLD Saint-François : 68 lits d'hébergements permanents

GMF et sites

- GMF Sydenham
- GMF des Rivières
Clinique de médecine familiale Barrette
Clinique médicale Rivière-du-Moulin
- GMF Montcalm
- GMF Saguenay

Nombre de GMF-R : N/A

Nombre de GMF-U

- GMF-U CHICOUTIMI

Cliniques qui n'ont pas le statut de GMF

- Clinique Chabanel
- Clinique médicale Élysée
- Clinique médicale Sainte-Geneviève
- Clinique Mini-urgence
- CLSC de Chicoutimi

Clinique privée hors RAMQ

- Optisoins

Trajectoires spécifiques existantes pour certaines catégories de grands utilisateurs

- Le programme des grands utilisateurs de services peut compter sur le travail d'une infirmière clinicienne gestionnaire de cas. Le rôle du gestionnaire de cas est de repérer les usagers ayant un profil d'utilisation de service élevé, accompagner et soutenir les équipes de soins en place de façon à améliorer l'offre de service, évaluer les besoins des usagers ayant des besoins de santé complexes, coordonner la réalisation du PSI et en assurer le suivi.

Offres de services spécifiques disponibles dans les GMF

- L'offre de service professionnelle choisie par les différents GMF sur le territoire pour venir s'ajouter aux infirmières cliniciennes prévue au programme GMF est diversifiée d'un GMF à l'autre (infirmières, psychologues, nutrition ou kinésiologue ont été choisis en fonction du milieu). Quatre GMF sur cinq ont fait appel au service de pharmacien en GMF afin d'évaluer la polypharmacie de leur clientèle.

Vous retrouverez en annexe 2 le tableau de l'horaire des GMF du RLS de Chicoutimi.

INSCRIPTION À UN MÉDECIN DE FAMILLE ET ACCESSIBILITÉ

Nombre de patients inscrits à un médecin de famille (données RAMQ, 14 septembre 2018) : 66 943

Répartition territoriale des inscriptions à un médecin de famille : 88,61 %

Répartition des personnes vulnérables inscrites auprès d'un médecin de famille (données RAMQ, 14 septembre 2018)

- Problème de santé mentale : 9 767
- MPOC : 5 230
- MCAS et HTA sévère : 5 187
- Cancer : 3 761
- Diabète excluant le diabète de grossesse : 5 325
- Toxicomanie ou alcoolisme en cours de sevrage : 959
- VIH/sida/Hépatite C : 55
- Maladies dégénératives du système nerveux : 1 365
- Maladies inflammatoires : 1 556
- Troubles dépressifs majeurs actifs : 3 331
- Troubles dépressifs majeurs récidivants : 1 611
- Insuffisance rénale chronique/insuffisance hépatique : 1 051

- Maladies thrombotiques récidivantes: 500
- Fibrillation auriculaire : 524
- TDAH : 1 193
- Déficience intellectuelle : 236
- Déficience auditive/visuelle : 49
- Douleurs chroniques : 3 498
- AVC : 131
- Personnes âgées 70 ans et plus avec un code de vulnérabilité : 8 675
- Personnes ayant plus d'un facteur de vulnérabilité : 11 168
- Nombres de personnes vulnérables : 30 796

Évolution annuelle des inscriptions à un médecin de famille

22 octobre 2018	22 octobre 2017	22 octobre 2016	22 octobre 2015
88,73 %	87,18 %	83,03 %	81,58 %

Nombre d'inscriptions en provenance du GAMF : données non disponibles

Nombre de visites annuelles à l'urgence dont la priorité de triage est de niveau 4 (P4) et 5 (P5) du 1^{er} avril 2017 au 31 mars 2018

- Hôpital de Chicoutimi nombres de visites totales à urgences : 55 478
- Nombre de visites P4 et P5 : 16 692
- Proportion : 30,1% (cette proportion est parmi les plus basses au Québec)

Nombre de visites de patients inscrits à un médecin de famille dans les unités d'urgence de niveau P4-P5, tiré du tableau de la Direction des services d'urgence, MSSS

Portrait quinquennal de la situation dans les unités d'urgence									
Répartition selon différents groupes									
Période 8 (photo)									
Année	Visites totales	Visites priorité 4		Visites priorité 5		Visites avec médecin de famille		Réorientés	
	n	n	%	n	%	n	%	n	%
02 CIUSSS du Saguenay - Lac-Saint-Jean									
Hôpital de Chicoutimi									
2014-2015	4 012	931	23,2%	321	8,0%	3 361	83,8%	16	0,4%
2015-2016*	4 045	819	20,2%	346	8,6%	3 385	83,7%	15	0,4%
2016-2017	4 144	979	23,6%	366	8,8%	3 390	81,8%	25	0,6%
2017-2018	4 292	1 047	24,4%	214	5,0%	3 633	84,6%	45	1,0%
2018-2019	4 217	896	21,2%	189	4,5%	3 589	85,1%	54	1,3%

Taux d'assiduité par clinique et par GMF (en date 15 août 2018)

- GMF Des Rivières : 86,8 %
- GMF Saguenay : 88,5 %
- GMF Montcalm : 83,2 %
- GMF Chicoutimi Nord (Sydenham) : 87,2 %
- GMF-U Chicoutimi : 84,8 %

Nombre de visites à domicile pour les médecins en CLSC

De nombreux médecins suivent leurs patients à domicile lorsque leur état le nécessite (en pratique au CLSC ou non). Il y a aussi une équipe de médecin du CLSC de garde en dehors des heures d'ouverture des cliniques pour les patients inscrits au système de garde 24/7. Deux médecins suivent un grand nombre de patients en perte sévère d'autonomie et en soins palliatifs à domicile, mais malheureusement leur retraite est annoncée en 2019 (un médecin pratique en GMF et l'autre en CLSC).

EFFECTIFS MÉDICAUX

Référence : tableau exploratoire pour évaluer le besoin à combler par territoire. Voir méthodologie de calcul. Source : données RAMQ, octobre 2016 à septembre 2017.

Nombre de médecins de famille installé : 115

Évolution des effectifs médicaux

- Proportions de médecins de 65 ans ou plus : 7 %

Répartition des effectifs médicaux (en, ETC)

- Première ligne : 50,1
- CHSLD : 1

Total en service de proximité : 51,1

- Patients admis : 12
- Soins palliatifs en centre hospitalier : 1,7
- Obstétrique : 2,5
- Urgence : 21,6
- Centre hospitalier autres : 2,1
- Total en service de spécialisé : 40
- Santé publique : 3,7
- Activités médico-pédagogiques : 0,9
- Activités médico-administratives : 2,4
- Activités universitaires : 12

Les activités universitaires sont nettement sous-évaluées dans ce tableau. (Voir détail section académique, page 36).

Ratio patients/médecins

- Ratio service de proximité : 1 574 patients par médecin en services de proximité
- Ratio patients/médecins total : 80 409/115 : 699 patients
- Indice de besoin en effectifs médicaux RAMQ (correspond au rapport entre le nombre de médecins de famille et le besoin de famille sur un territoire donné au 31 août : 1,00)

GUICHET D'ACCÈS À UN MÉDECIN DE FAMILLE

Nombre de personnes enregistrées au GAMF (17 septembre 2018)

- 2 691 personnes totales
- 2 606 non attribuées et 85 attribuées

Évolution du nombre de personnes sur le GAMF (22 juin 2016)

- 4 319 personnes totales
- 4 079 non attribuées et 233 attribuées

Le 1^{er} juin 2017

- 3 270 personnes totales
- 2 590 non attribuées et 680 attribuées

Répartition du nombre de personnes sur le GAMF selon leur priorité (17 septembre 2018)

A	B	C	D	E
21	79	582	380	1 629

Délai moyen d'inscription en jours au GAMF selon la condition de santé (21 août 2018)

A	B	C	D	E
135,6	393,9	285,8	230,9	378,5

Actions en cours pour vider le GAMF

- Recherche de candidats pour combler le poste de médecin coordonnateur sur le territoire.
- Une réorganisation régionale du fonctionnement du GACO a eu lieu, le nouveau fonctionnement a débuté le 8 janvier 2018. (Centralisation des réponses téléphoniques pour une plus grande réponse aux usagers et aux médecins, harmonisation des pratiques, révision des processus d'aiguillages usagers).
- Tournée des cliniques médicales faite à deux reprises pour sensibiliser les médecins à prendre en charge de nouveaux patients via le guichet d'accès.
- Les AMP accordées dans les deux dernières années à Chicoutimi ont été la prise en charge de patients, à l'exception d'un candidat à l'urgence où des AMP exclusives à l'urgence ont été accordées.

ACTIVITÉS MÉDICALES PARTICULIÈRES (AMP)

- Liste des AMP : prise en charge, soins à domicile, urgence, obstétrique, hospitalisation, CHSLD, soins palliatifs.
- Évolution des AMP : les AMP accordées dans les deux dernières années à Chicoutimi ont été la prise en charge de patients, à l'exception d'un candidat à l'urgence où des AMP exclusives à l'urgence ont été accordées.
- Répartition des AMP (AMP disponible octobre 2018) : prise en charge
- Besoins prioritaires (mais non-AMP) : hospitalisation, urgence, obstétrique, CHSLD, soins palliatifs et soutien à domicile.
- Fréquence de révision des AMP : annuelle.

ACTIVITÉS ACADÉMIQUES

Nombre de résidents accueillis dans chaque GMF-U : 14 par année

Nombre d'autres apprenants accueillis dans chaque GMF-U : trois à quatre externes en tout temps, deux IPSPL pour six mois, deux internes en psychologie.

Nombre de médecins qui participent à la mission universitaire dans chaque GMF-U : 100 % des médecins puisqu'ils contribuent tous à l'enseignement.

Statistiques sur l'implication des médecins de famille pour la mission universitaire à Saguenay (la plupart des professeurs du Lac-Saint-Jean sont des médecins spécialistes)

Prédoctoral (excluant les PTU du GMF -U)

Heures travaillées par territoire (Saguenay et Lac-Saint-Jean) (médecin de famille PEC) : 1628,75 heures

Saguenay : 1 593,75 heures : 1, 0 ETC

Lac-Saint-Jean : 35 heures

Nombre de professeurs total : 121

Médecins spécialistes : 77

Médecins de famille : 44

Total implication des médecins de famille prédoctoral : 1, ETC

Postdoctoral (excluant tous les PTU du GMF –U)

ARC à l'externat : 9 PEC qui font 54 h/an au total

Postdoctoral (pour les résidents en médecine familiale du GMF-U de Chicoutimi) : 15 PEC qui font environ 1 750 h/an au total (ceci comprend les activités qu'ils ne feraient pas autrement, cours, ateliers, supervisions sans faire de clinique en même temps, réunion pédagogique, accompagnement académique de résidents, supervision de projets communautaires).

Total postdoctoral (excluant les PTU du GMF-U) : 1,2 ETC

Total prédoctoral et postdoctoral : 2,2 ETC

Ceci exclut la supervision à l'hospitalisation, en obstétrique, à l'urgence et exclut tous les PTU.

Nombre de PTU en médecine familiale à Chicoutimi : 17

- PTU GMF-U : 12
- PTU urgence : 5

La tâche des PTU se calcule en moyenne ainsi : 1 PTU

- 0,5 ETC tâches cliniques
- 0,4 ETC tâches d'enseignement
- 0,1 ETC tâches médico-administratives

Le besoin à terme calculé selon le nombre de résidents, externes et stagiaires IPS serait de 7 PTU supplémentaires *.

Le taux de PTU et de PEC assuré par les médecins de famille vs les médecins spécialistes est très élevé comparé aux autres régions universitaires.

Ratio spécialistes/médecins de famille (chiffres fournis par Sherbrooke)

Sherbrooke

- 85 % spécialistes
- 15 % omnipraticiens

Saguenay–Lac-Saint-Jean

- 54 % spécialistes
- 46 % omnipraticiens

*Tiré du document du ministère « Détermination des priorités de recrutement dans les GMF-U pour 2019 en application des balises visant l'adéquation des effectifs professoraux avec les livrables cliniques et académiques en milieu de formation d'apprenants GMF-U ». Statistiques sur l'implication des médecins de famille pour la mission universitaire à Saguenay.

ACTIVITÉS DANS D'AUTRES PROGRAMMES

Clinique spécialisée régionale

Trois médecins du territoire ont une pratique spécialisée en infiltration musculo-squelettique et deux médecins de famille en dermatologie.

Médecins pratiquant dans un autre RLS

Plusieurs médecins du territoire fournissent des soins à visée régionale dans un autre RLS, c'est le cas entre autres en toxico, soins palliatifs, soins intensifs, IVG, urgence, clinique du sein pour plus de 2,5 ETC.

IDENTIFICATION DES BESOINS

PROBLÉMATIQUES ACTUELLES ET ANTICIPÉES

Problématique d'inscription et d'accès à un médecin de famille

Les patients des priorités A et B qui attendent au GAMF depuis plusieurs années présentent une problématique particulière, nécessitant une expertise médicale dans le domaine concerné et souvent une équipe multidisciplinaire, non disponible sur notre territoire. Entre juin 2016 et février 2018, plus de 2 500 patients du GAMF ont été attribués à un médecin de famille dans un effort sans précédent pour vider le guichet. Les médecins du territoire sont maintenant saturés et n'ont plus la capacité à continuer à vider le guichet. De plus, plusieurs médecins sont en arrêt de travail. Plusieurs congés maternité et un taux considérable également de congés maladies des médecins, cela a créé une tâche supplémentaire. Cinq médecins ont annoncé leur départ en 2019.

D'abord, un médecin qui fait exclusivement des soins à domicile pour les patients en fin de vie, ceci va causer un grand vide à combler pour le territoire. Il n'y a pas d'autres médecins qui font cela malgré le grand besoin. Éventuellement, s'il y a une réorganisation des soins à domicile bien structurée, il y aura possiblement une relève.

C'est donc dire qu'en priorisant ceci sur le territoire, ce sera au détriment du nombre de patients orphelins qui seront pris en charge par un nouveau facturant ou pour l'accès adapté ou l'assiduité pour les patients ayant déjà une clientèle au bureau. Il y aura aussi un médecin pratiquant au GMF Montcalm qui a annoncé sa retraite au printemps. Sa clientèle s'inscrira au guichet. L'accès à un médecin de famille peut être difficile pour une partie des personnes en attente : prisonniers, RAMQ expirée ou tentative de mise à jour sans retour d'appel. Les déménagements fréquents des familles de militaires de la Base de Bagotville demeurant sur le RLS Chicoutimi compliquent la prise en charge au GAMF de ce type de clientèle.

Problématique de référence ou de délai pour l'accès aux services spécialisés

L'accès à un médecin spécialiste pour les patients qui n'ont pas de médecins de famille passe par l'ancienne trajectoire, puisqu'ils auront fait le processus via l'urgence. Il n'y a pas de données à cet effet. Actuellement, quelques cas présentement au CRDS ont obtenu une demande de consultation en spécialité de leur médecin de famille, mais entre le moment où le CRDS a reçu la demande et le moment où il peut donner le rendez-vous, l'omnipraticien a pris sa retraite. Donc, le CRDS ne peut faire de retour à personne, par exemple s'il veut informer le médecin que le patient n'est pas joignable, que le patient dit que la consultation n'est plus nécessaire ou qu'il manque des prérequis pour pouvoir procéder au rendez-vous. C'est inquiétant de savoir qu'une investigation plus poussée est nécessaire et que le processus ne peut être poursuivi. Dans quelques cas, une clinique répondante est identifiée, mais pas dans tous les cas.

Problématique de découverte médicale dans certains secteurs

Dans un premier temps les besoins en AMP principaux sont toujours comblés.

Fragilisation de l'équipe d'hospitalisation

L'Hôpital de Chicoutimi dispose de 80 lits d'hospitalisation en médecine de famille. Le nombre de médecins de famille faisant de l'hospitalisation a diminué considérablement dans les dernières années, augmentant la pression sur les équipes en place. L'Hôpital de Chicoutimi étant un centre universitaire, la répartition du nombre de lits d'hospitalisation entre les médecins spécialistes et les médecins de famille doit être revue.

Problématique de réorientation des P4-P5

Environ 30 patients par mois sont réorientés à partir des infirmières au triage de l'urgence vers leur clinique médicale. Cette réorientation demande un investissement de temps et d'énergie considérable de la part des infirmières au triage par rapport au temps dont elles disposent et aux bénéfices retirés. Une optimisation du processus est nécessaire. Par contre, si l'on se compare au reste de la province, le taux de P4-P5 consultant à l'urgence est l'un des plus bas (environ 30 %).

Absence d'un système de garde pour les soins à domicile

Il n'y a pas de système de garde pour les soins à domicile, qu'il soit palliatifs ou non. Les infirmières à domicile se retrouvent donc souvent dans l'embarras. Le départ à la retraite prévu au printemps 2019 de deux médecins impliqués dans le suivi à domicile de patients très vulnérables ou en fin de vie va créer un manque de service médical approprié pour cette clientèle.

Fragilisation de l'équipe de soins palliatifs

Actuellement, la tâche des médecins exerçant en soins palliatifs à Chicoutimi est mal définie. Ces derniers peuvent faire de la clinique externe, des consultations à l'étage pour les patients hospitalisés, de l'accompagnement à domicile et/ou faire partie du système de garde de la Maison de soins palliatifs du Saguenay, qui se trouve sur le RLS Jonquière. Avec le départ de deux médecins d'expérience en soins palliatifs, le rôle des médecins exerçant en soins palliatifs dans le RLS nécessite d'être mieux défini en fonction des besoins de la population. Cela facilitera les recrutements à venir.

Absence de réseau de SRV pour la clientèle sans médecin de famille

Il n'existe pas dans le RLS de SRV spécifiquement pour la clientèle sans médecin de famille. La pression actuelle ressentie par les médecins de famille pour favoriser la prise en charge et l'assiduité de leurs patients est défavorable à la mise en place d'une telle initiative. Ces patients se retrouvent souvent à l'urgence. Il est prévu également une forte hausse d'inscriptions de patients au guichet d'accès avec le départ de quatre médecins et de congés maladie prolongés.

Problématique d'identification du nombre réel de médecins de famille (équivalent temps plein) disponible pour faire de la prise en charge

Contrairement à d'autres centres universitaires plus urbains, les médecins de famille du RLS de Chicoutimi sont énormément impliqués dans des tâches de gestion administrative et universitaire. Plusieurs de ces tâches sont non rémunérées par la RAMQ, le sont en « bloc » sans égard au nombre d'heures investies ou sont faites de façon bénévole. Conséquemment, une majorité de médecins sur le territoire ont des activités mixtes administratives, enseignement et cliniques et ne sont pas aussi productifs au niveau clinique qu'attendu. Il est constaté que les statistiques ministérielles ne représentent pas bien cette réalité et serait intéressant de pouvoir trouver une façon plus juste de dépeindre le portrait des médecins de famille du RLS, dans le but de favoriser le recrutement de nouveaux médecins.

Problématique de vieillissement de la population et de l'augmentation anticipée des maladies chroniques

Problématique reliée à la surcharge de travail des médecins, au taux élevé d'absence maladie des médecins et même à l'abandon de la pratique médicale après absence maladie de ces médecins

BESOINS EN EFFECTIFS MÉDICAUX ET AUTRES PROFESSIONNELS**Départs ou retraites prévisibles**

Cinq médecins ont annoncé leur départ en 2019. Plusieurs congés maternité et un taux considérable également de congés maladies chez les médecins.

Effectifs médicaux manquants en première ligne

Une augmentation du nombre d'infirmières dans les GMF permettrait un meilleur accès adapté, encore moins de P4-P5 à l'urgence. Le remplacement des professionnels est nécessaire également. Afin d'optimiser les services aux usagers et répondre à la demande et aux besoins, l'ajout de nutritionnistes dans chacun des GMF permettrait d'optimiser le suivi des usagers.

OBJECTIFS POURSUIVIS

Objectif 1 : diminution à trois groupes de médecins à l'hospitalisation en médecine de famille

ACTIONS ET MOYENS
- Rencontre des membres du service d'hospitalisation courte durée en médecine de famille à l'Hôpital de Chicoutimi. - Formation d'un petit groupe de travail. - Comptabilisation des raisons d'admission d'hospitalisation en médecine familiale. - Identification des cas qui pourraient être admis dans d'autres services ou ne nécessitant pas de suivi conjoint en médecine de famille. - Rencontre de tous les départements spécialisés. - Établissement et application de « balises » d'admission. - Réévaluation. - Diminution à trois groupes lorsque le nombre d'admissions en médecine familiale aura diminué à un maximum de 60 lits.
RÔLES ET RESPONSABILITÉS
Chef de service d'hospitalisation et chef de département de médecine générale - Comptabiliser les raisons d'admission. - Rencontre avec les départements. - Communication avec les membres.
ÉCHÉANCES
- Août à novembre 2018 : comptabilisation des raisons d'admission. - Octobre 2018 : formation du groupe de travail. - Octobre à décembre 2018 : rencontre des départements spécialisés, comité de travail. - Janvier 2019 : application des balises. - Mai 2019 : réévaluation.
FACTEURS DE RÉUSSITE ET CONTRAINTES
Une diminution du nombre de groupes de médecins à l'hospitalisation est une réorganisation majeure, nécessitant la collaboration des médecins spécialistes qui devront prendre le relais à ce niveau. Certaines équipes en spécialité sont en nombres restreints et bien que le site universitaire n'a pas toujours de résidents dans toutes les spécialités et c'est pour cette raison qu'un suivi conjoint est demandé de façon régulière pour suivre les comorbidités qui ne relèvent pas de la spécialité nécessitant l'hospitalisation. Le but est de diminuer le nombre de lits d'admission en médecine familiale et de libérer les médecins pour faire davantage de prise en charge. C'est aussi un défi de les convaincre de le faire. La tendance actuelle est plutôt d'améliorer l'accessibilité pour leur clientèle déjà inscrite.

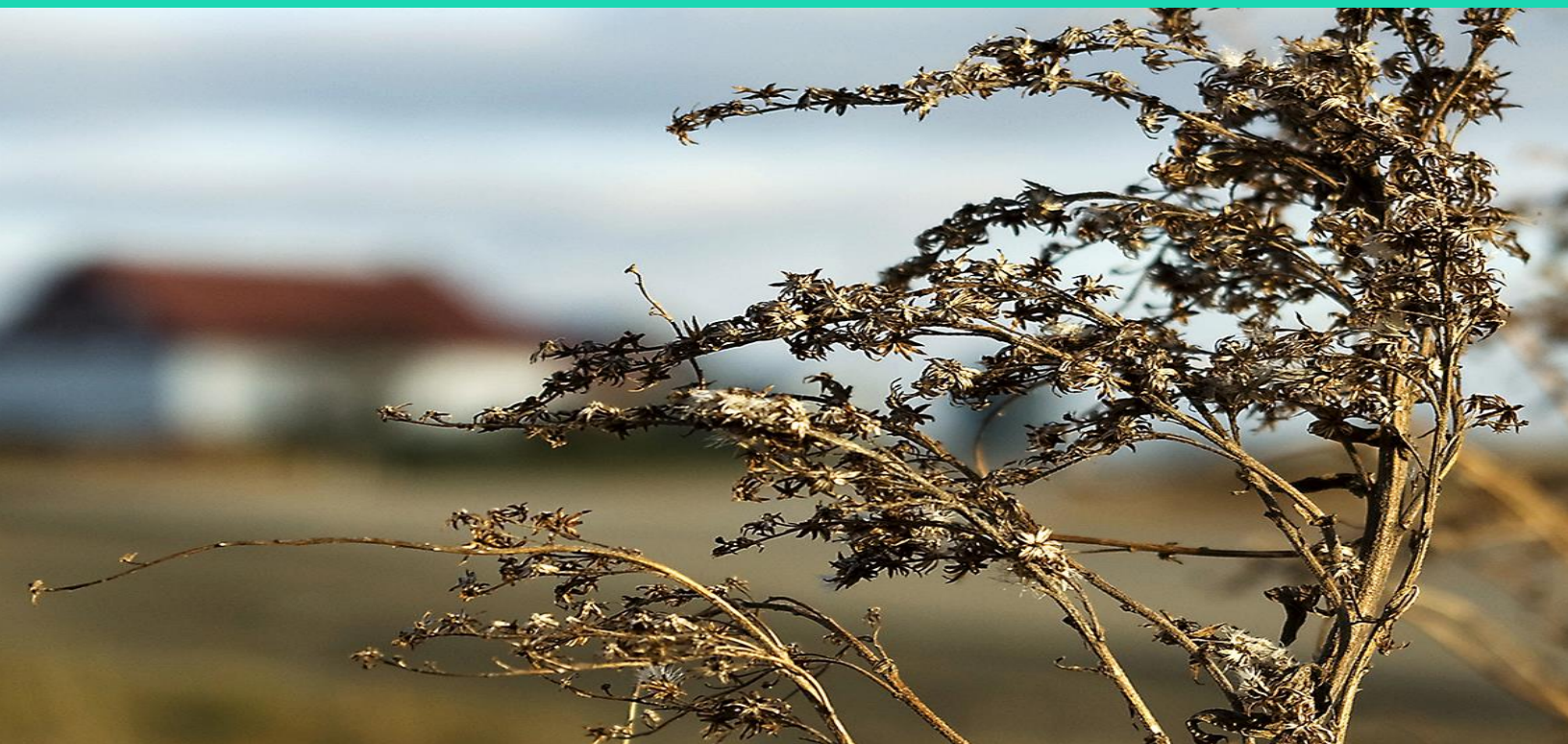
Objectif 2 : organisation des services en soins palliatifs

ACTIONS ET MOYENS
- Revoir la structure des services en soins palliatifs. - Organiser les différentes tâches reliées aux soins palliatifs : clinique externe, hôpital, soins à domicile, maison de soins palliatifs. - Documenter la problématique d'identification du nombre réel de médecins de famille (équivalent temps plein) disponible pour faire la prise en charge.
RÔLES ET RESPONSABILITÉS
- Table territoriale locale en collaboration avec les directions cliniques du CIUSSS. • recruter de nouveaux médecins; • présenter l'offre de service en soins palliatifs aux nouveaux médecins.
ÉCHÉANCES
3 à 5 ans.
FACTEURS DE RÉUSSITE ET CONTRAINTES
- Équipe médicale disponible. • retraites, grossesses et congés de maladie. - Intérêts professionnels.

**PORTRAIT ET BESOINS
PAR RÉSEAU LOCAL DE SERVICES (RLS)**



RLS Jonquière



CARACTÉRISTIQUES GÉOGRAPHIQUES

Jonquière est un des trois arrondissements urbains de la Ville de Saguenay. L'arrondissement Jonquière englobe le territoire de l'ancienne Ville de Jonquière et des municipalités de Shipshaw, d'Arvida et de Lac-Kénogami. Situé au Saguenay à 20 minutes de l'Hôpital de Chicoutimi, 30 minutes de l'Hôpital de La Baie et 40 minutes de l'Hôpital d'Alma.

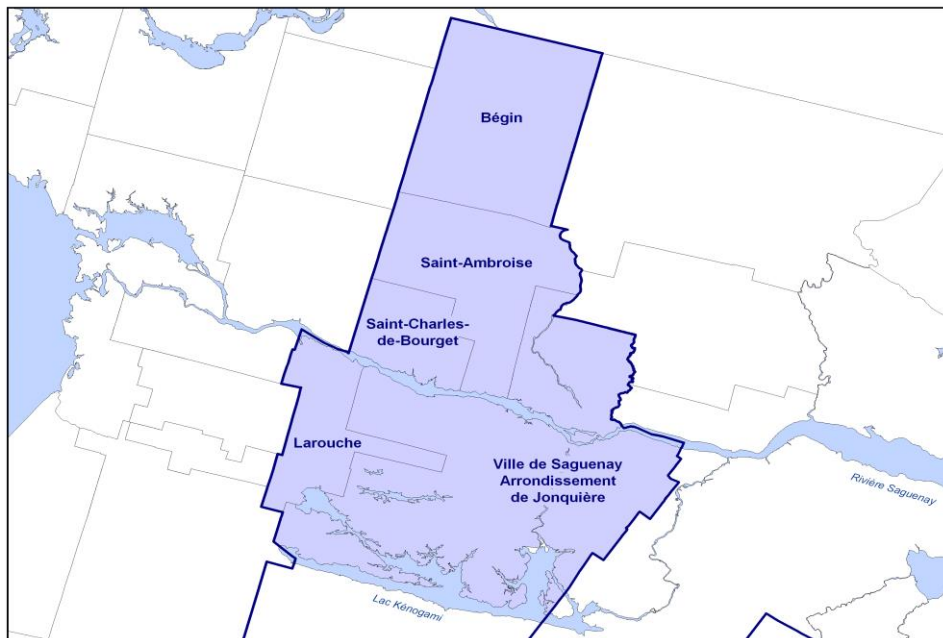
Superficie du territoire

Le territoire de Jonquière s'étend de part et d'autre de la rivière Saguenay. La majeure partie de la population (plus ou moins 90 %) réside dans la zone urbaine définie par l'arrondissement de Jonquière.

Positionnement géographique du territoire par rapport aux autres de la région

Voir positionnement du territoire sur la carte, page 11 du présent document.

Carte du territoire du RLS



Territoire rural, semi-urbain ou urbain

Couvre tous les types de territoires : territoire rural, semi-urbain et urbain.

La population rurale se répartit à travers quatre municipalités de moins de 5 000 habitants : Saint-Ambroise, Larouche, Bégin et Saint-Charles-de-Bourget. Dans ses municipalités rurales, la densité moyenne de la population s'élève à 12 habitants/km² comparativement à 248 en milieu urbain (réf. Portrait de santé Jonquière 2014).

Distance entre les différents points de services

Dans le contexte de services à domicile, le territoire est en forme de « L » pouvant apporter des déplacements linéaires qui couvrent une distance d'environ 60 km. L'état des routes en zone rurale peut également compliquer les déplacements.

Répartition des services (condensation et zones moins desservies)

Les cliniques médicales et GMF sont tous situés dans la zone de Jonquière. Il y a également un point de service de CLSC dans la municipalité de Saint-Ambroise, mais il n'y a pas de services médicaux sur place. Aucun service médical n'est offert dans les municipalités de Bégin, Saint-Charles-de-Bourget, Larouche et Lac-Kénogami. Un médecin pratique sur le territoire de Shipshaw et désert des usagers à domicile aussi pour Saint-Ambroise. Certains secteurs ruraux ne sont pas desservis par le service d'aqueduc municipal.

CARACTÉRISTIQUES DE LA POPULATION**Natalité (2010-2014)¹**

		Écart / reste du Québec
Nombre annuel moyen de naissances	650	
Taux de natalité	9,7	(-)

Mortalité (2011-2015)²

		Écart / reste du Québec
Nombre annuel moyen de décès	591	
Taux de mortalité (pour 100 000 personnes)	882,4	(+)

Projections démographiques³

	2018		2028	
	N	%	N	%
0-5 ans	4 078	6,0 %	3 832	5,5 %
6-11 ans	4 074	6,0 %	4 198	6,0 %
12-17 ans	3 610	5,3 %	4 214	6,1 %
18-44 ans	22 185	32,6 %	20 416	29,4 %
45-64 ans	19 653	28,9 %	16 974	24,5 %
65-74 ans	8 498	12,5 %	10 602	15,3 %
75-84 ans	4 210	6,2 %	6 777	9,8 %
85 ans et +	1 714	2,5 %	2 385	3,4 %
TOTAL	68 022	100,0 %	69 398	100,0 %

SANTÉ PUBLIQUE**Prévalence des principales conditions chroniques (2015-2016)⁵**

	Nombre de cas	% de la population atteinte	Écart / reste du Québec
--	------------------	-----------------------------------	-------------------------------

Hypertension artérielle	15 860	29,9	(+)
Diabète	5 375	8,2	(-)
Cardiopathies ischémiques	6 340	11,9	(+)
Asthme	10 215	15,6	(+)
MPOC (35 ans et plus)	6 315	15,2	(+)
Alzheimer et autres troubles apparentés (45 ans et plus)	900	2,4	n.s.

Incidence du cancer (2006-2010) ⁶			
	Nombre de nouveaux cas/an	Taux brut pour 100 000	Écart / reste du Québec
Ensemble des tumeurs	419	639,1	(+)
Cancer du poumon	71	107,6	n.s.
Cancer du sein (femmes)	57	174,3	n.s.
Cancer colorectal	54	82,3	n.s.
Cancer de la prostate	54	164,2	(+)

Prévalence annuelle des troubles mentaux (2015-2016) ⁵			
	Nombre de cas	% de la population atteinte	Écart / reste du Québec
Ensemble des troubles mentaux	10 205	15,6	(+)
Troubles anxiodépressifs	5 655	8,7	(+)
Troubles schizophréniques	265	0,4	n.s.
Troubles de la personnalité du groupe B	260	0,4	n.s.
TDA/H (1 à 24 ans)	820	5,0	(+)
Trouble du spectre de l'autisme (1 à 24 ans)	130	0,8	(-)

CARACTÉRISTIQUES SOCIO-ÉCONOMIQUES			
Conditions socio-économiques ⁴			
	N	%	
Population de 25 à 64 ans n'ayant aucun certificat, diplôme ou grade, 2016	3 580	9,9	
Faible revenu en 2015 fondé sur la mesure de faible revenu après impôt (MFR-Apl), 2016	3 815	11,7	
Chômage chez les 15 ans et plus, 2016		8,8	
Prestataires de l'aide sociale, 2018	3 583	6,7	

INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES

- Clientèle à faible revenu n'ayant accès à aucun programme d'assurance privée.
- Clientèle avec emploi précaire.
- Familles de militaires de la Base de Bagotville.
- Travailleurs saisonniers.
- Travailleurs d'origine étrangère (Rio Tinto Alcan).
- Plusieurs familles suivies par la DPJ.

SERVICES MÉDICAUX GÉNÉRAUX ET AUTRES PROGRAMMES

INSTALLATIONS ET CLINIQUES PRIVÉES

Données extraites du permis du MSSS, avril 2015. (Démarche de conformité des noms et du nombre de lits actuellement en cours avec le MSSS).

Hôpital et centre de réadaptation de Jonquière

- 85 lits de santé physique
- 16 lits de gériatrie
- Nombre de civières à l'urgence : 16
- 24 lits URFI
- 14 places en internat
- CRD à ajouter avec le nombre de lits
- Médecine de jour
- Cliniques externes

Installations offrant des services de nature « CLSC »

- CLSC de Jonquière
- CLSC de Saint-Ambroise
- Centre de planification des naissances et clinique des maladies du sein situés dans l'Hôpital et Centre de réadaptation de Jonquière

Installations offrant des services de nature « CHSLD »

- CHSLD Sainte-Marie : 66 lits d'hébergement permanent
- CHSLD Des Chênes : 64 lits d'hébergement permanent
- CHSLD Georges-Hébert : 60 lits d'hébergement permanent et 14 lits d'hébergement temporaire
- CHSLD Des Pensées : 91 lits d'hébergement permanent et 5 lits d'hébergement temporaire

Maison de soins palliatifs du Saguenay : 12 lits

GMF et sites

GMF JONQUIÈRE

- Clinique de médecine familiale Jonquière
- Clinique médicale des Roitelets
- Clinique du Dre Élisabeth Stumpf

GMF CYRIAC

- Clinique médicale Mellon
- Clinique médicale du Dr Donald Boulianne
- CLSC de Jonquière
- Clinique médicale Place des Chemins
- Clinique médicale de la Cité
- Clinique familiale Arvida

Nombre de GMF-R : N/A

Nombre de GMF-U : N/A

Deux cliniques qui n'ont pas le statut de GMF

- Clinique médicale Montfort
- Clinique médicale Dr Marc Fortin

Service de visites médicales à domicile

- Jonquière Médic

Clinique privée hors RAMQ

- Clinique Optisoins

Cliniques de grippe : aucune clinique officielle permanente, mais il a été établi qu'en période intensive de grippe, les plages horaires de service seraient augmentées dans les deux GMF du territoire.

Trajectoires spécifiques existantes pour certaines catégories de grands utilisateurs

Le programme des grands utilisateurs de services peut compter sur le travail d'une travailleuse sociale gestionnaire de cas. Le rôle du gestionnaire de cas est de repérer les usagers ayant un profil d'utilisation de service élevé, accompagner et soutenir les équipes de soins en place de façon à améliorer l'offre de service, évaluer les besoins des usagers ayant des besoins de santé complexes, coordonner la réalisation du plan de services individualisé (PSI) et en assurer le suivi.

Offres de services spécifiques disponibles dans les GMF

En plus des suivis d'enseignement des différentes maladies chroniques et facteurs de risques par les infirmières, nutritionnistes, kinésiologues, l'offre de service du kinésiologue permet de répondre à plusieurs patients présentant des problématiques musculo-squelettiques. Il y a également des travailleurs sociaux et des pharmaciens sur place en GMF. L'ouverture du milieu pour la prise en charge par les infirmières de GMF de différentes pathologies selon les protocoles de l'INESSS permet aussi d'optimiser la prise en charge. De plus les GMF du milieu ont fait appel au service d'un pharmacien directement dans leur GMF afin d'évaluer la polypharmacie de leur clientèle.

Heures d'ouverture selon les normes GMF en ce qui concerne les deux GMF en place pour la clientèle inscrite seulement. (Vous retrouverez en annexe 3 le tableau de l'horaire des GMF du RLS Jonquière).

- Jonquière Médic : 8 h à 18 h du lundi au vendredi pour tous
- Clinique Optisoins (hors RAMQ) : 8 h à 17 h lundi au jeudi et 8 h à 16 h le vendredi

Pour les deux cliniques médicales hors GMF

- Clinique médicale Montfort : 8 h à 17 h lundi au jeudi et 8 h à midi le vendredi
- Clinique médicale Marc Fortin : variable, mais en général du lundi au jeudi 7 h 45 à 16 h

INSCRIPTION À UN MÉDECIN DE FAMILLE ET ACCESSIBILITÉ**Nombre de patients inscrits à un médecin de famille (données RAMQ, 14 septembre 2018)**

- 56 072 patients inscrits

Répartition territoriale des inscriptions à un médecin de famille

86,99 % de la population

Répartition des personnes vulnérables inscrites auprès d'un médecin de famille (données RAMQ, 14 septembre 2018)

- Problème de santé mentale : 7 277
- MPOC : 2 893
- MCAS et HTA sévère : 3 938
- Cancer : 2 308
- Diabète excluant le diabète de grossesse : 3 923
- Toxicomanie ou alcoolisme en cours de sevrage : 650
- VIH/sida/Hépatite C : 61
- Maladies dégénératives du système nerveux : 941

- Maladies inflammatoires chroniques : 1 166
- Troubles dépressifs majeurs actifs : 2 068
- Troubles dépressifs majeurs récidivants : 1 268
- Insuffisance rénale chronique/insuffisance hépatique : 1 000
- Maladies thrombotiques récidivantes : 267
- Fibrillation auriculaire : 742
- TDAH : 148
- Déficience intellectuelle : 56
- Déficience auditive/visuelle : 2 932
- Douleur chronique : 2 932
- AVC : 116
- Personnes âgées 70 ans et plus avec un code de vulnérabilité : 5 872
- Personnes ayant plus d'un facteur de vulnérabilité : 8 197
- Nombre de personnes vulnérables : 21 000

Évolution annuelle des inscriptions à un médecin de famille

22 octobre 2018	22 octobre 2017	22 octobre 2016	22 octobre 2015
87,54 %	85,95 %	83,60 %	79,39 %

Nombre d'inscriptions en provenance du GAMF : données non disponibles

Nombre de visites annuelles à l'urgence dont la priorité de triage est de niveau 4 (P4) et 5 (P5) du 1^{er} avril 2017 au 31 mars 2018

Hôpital et centre de réadaptation Jonquière

- Nombre de visites totales à urgences : 27 117
- Nombre de visites P4 et P5 : 12 731
- Proportion : 46,9 %

Nombre de visites de patients inscrits à un médecin de famille dans les unités d'urgence de niveau P4-P5, tiré du tableau de la Direction des services d'urgence, MSSS

Portrait quinquennal de la situation dans les unités d'urgence									
Répartition selon différents groupes									
Période 8 (photo)									
Année	Visites totales	Visites priorité 4		Visites priorité 5		Visites avec médecin de famille		Réorientés	
	n	n	%	n	%	n	%	n	%
02 CIUSSS du Saguenay - Lac-Saint-Jean									
Hôpital et Centre de réadaptation de Jonquière									
2014-2015	1 996	855	42,8%	301	15,1%	217	10,9%	3	0,2%
2015-2016*	1 975	798	40,4%	173	8,8%	998	50,5%	15	0,8%
2016-2017	2 061	777	37,7%	157	7,6%	1 384	67,2%	15	0,7%
2017-2018	2 028	770	38,0%	149	7,3%	1 482	73,1%	23	1,1%
2018-2019	2 084	813	39,0%	149	7,1%	1 524	73,1%	39	1,9%

Taux d'assiduité par clinique et par GMF (15 août 2018)

- GMF Jonquière : 85,8 %
- GMF Cyriac : 87 %

Nombre de visites à domicile pour les médecins en CLSC

Les données sont non disponibles, mais des visites sont couramment effectuées par les médecins de CLSC et quelques médecins hors CLSC du territoire. Il y a également le service de Jonquière Médic qui se consacre entièrement aux visites à domicile. Une équipe de soins palliatifs offrant des services à domicile 24/7 en collaboration avec le CLSC composée de six médecins provenant de cliniques variées et pouvant desservir toute la population du RLS Jonquière.

EFFECTIFS MÉDICAUX

Référence : tableau exploratoire pour évaluer le besoin à combler par territoire. Voir méthodologie de calcul. Source : données RAMQ, octobre 2016 à septembre 2017.

Nombre de médecins de famille installés : 64

Proportion de médecins de 65 ans ou plus : 8 %

Retraites annoncées pour 2019 : 3

Répartition des effectifs médicaux (ETC)

- Première ligne : 30,1
- CHSLD : 1,1
- Total en service de proximité : 31,2
- Patients admis : 10,5
- Soins intensifs : 0,3

- IVG : 0,2
- Urgence : 13,3
- CH autres : 3,3
- Total en service de spécialisé : 27,6
- Activités médico-administratives : 0,4

Ratio patients/médecins

- Ratio service de proximité : $71\,671/31,2 = 2\,297$ patients par médecin en services de proximité
- Ratio patients/médecins total : $71\,671/64 = 1\,120$ patients
- Indice de besoin en effectifs médicaux (correspond au rapport entre le nombre de médecins de famille et le besoin de famille sur un territoire donné) au 31 août : 0,80

Caractéristique des effectifs médicaux

- Majorité des médecins féminins.
- Majorité des jeunes.
- Travail en milieu hospitalier en plus de la prise en charge pour tous les médecins de moins de vingt ans de pratique.
- Certains médecins doivent même effectuer deux charges hospitalières pour la pérennité des services.
- Activités administratives régionales (chef de médecine générale régionale, CMDP).
- Peu de spécialistes pour la deuxième ligne rendant la charge hospitalière plus importante.

Pratiques spécifiques

- Deux équipes médicales d'au moins cinq médecins impliqués dans deux services régionaux (URFI le Parcours et CRD).
- Service d'IVG régional impliquant deux médecins.
- Un médecin qui se spécialise en vasectomie de façon régionale.
- Un médecin qui travaille à la clinique neuromusculaire.
- Jonquière Médic qui effectue des visites à domicile par des médecins de famille travaillant aussi dans leur clinique respective.
- Un médecin au service santé au CIUSSS, installation Jonquière.

GUICHET D'ACCÈS À UN MÉDECIN DE FAMILLE

Nombre de personnes enregistrées au GAMF (données RAMQ, 17 septembre 2018)

- 4 254 totales
- 4 032 non attribuées et 222 attribuées

Évolution du nombre de personnes sur le GAMF (22 juin 2016)

- 5 009 personnes totales
- 4 829 non attribuées et 180 attribuées

Le 1^{er} juin 2017

- 5 246 personnes totales
- 4 969 non attribuées et 277 attribuées

Répartition du nombre de personnes sur le GAMF selon leur priorité (17 septembre 2018)

A	B	C	D	D
26	239	1 426	937	1 626

Délai moyen d'inscription en jours au GAMF selon la condition de santé (21 septembre 2018)

A	B	C	D	D
84,7	539,1	523,7	539,0	423,2

Moyenne : 488,2 jours

Actions en cours pour vider le GAMF

Une réorganisation régionale du fonctionnement du GACO a eu lieu, le nouveau fonctionnement a débuté le 8 janvier 2018. (Centralisation des réponses téléphoniques pour une plus grande réponse aux usagers et aux médecins, harmonisation des pratiques, révision des processus d'aiguillages usagers). Actuellement, la phase deux du projet est en cours. Il s'agit de faciliter la prise en charge par les médecins de famille, des usagers présentant une problématique complexe (santé mentale, dépendance) en leur offrant des services interprofessionnels adaptés à leur situation.

La reprise des rencontres GACO regroupant les différents médecins coordonnateurs de la région, les gestionnaires et les personnes cliniques permettra d'actualiser les pratiques afin de soutenir les GACO dans l'accompagnement des patients et leur attribution et de mobiliser les médecins à prendre en charge les patients. Depuis 2018, il y a un travail intensif sur le terrain par le médecin coordonnateur du territoire pour favoriser la prise en charge par le GAMF.

ACTIVITÉS MÉDICALES PARTICULIÈRES (AMP)

- Liste des AMP : prise en charge, soins à domicile 24/7, urgence, hospitalisation, CHSLD, IVG, courte durée UCDG, URFI/réadaptation, CRD.
- Évolution des AMP : pour les prochains arrivés, les AMP seront les mêmes.
- Répartition des AMP (AMP disponible octobre 2018) : prise en charge, urgence, hospitalisation incluant UCDG, longue durée, prise en charge CLSC incluant SAD, soins palliatifs incluant garde 24/7, CRD (toxico et hospitalisation toxico).
- Fréquence de révision des AMP : biannuelle.

ACTIVITÉS ACADÉMIQUES

- Unité extérieure au GMF Jonquière : PEC (la plupart des médecins du GMF sont PEC)
- Nombre de médecins qui enseignent à l'Université de Chicoutimi au programme de médecine : 13

ACTIVITÉS DANS D'AUTRES PROGRAMMES

- Tous identifiés dans les AMP.

IDENTIFICATION DES BESOINS

PROBLÉMATIQUES ACTUELLES ET ANTICIPÉES

Problématique d'inscription et d'accès à un médecin de famille

L'accès à un médecin de famille peut être difficile pour une partie des personnes en attente au GAMF : prisonniers, RAMQ expirée ou tentative de mise à jour sans retour d'appel. Les usagers sans médecin de famille n'ont pas accès aux cliniques sans rendez-vous pour des problématiques de priorité ne nécessitant pas de se rendre à l'urgence. De plus, avec la population vieillissante, le besoin en visites à domicile augmente et un nombre insuffisant de médecins offrent ce service sur le territoire de Jonquière. L'éloignement rural, les déménagements fréquents des familles de militaires de la Base de Bagotville demeurant sur le RLS Jonquière compliquent la prise en charge au GAMF de ce type de clientèle. Il y a un manque d'accompagnement du CLSC pour les clientèles vulnérables de santé mentale.

Problématique de recrutement/rétention de médecins de famille

- Tâche hospitalière lourde.
- Clientèle avec multimorbidité.
- Région éloignée des grands centres.
- Problématique de délai d'attente au GAMF.

Il est très difficile de respecter les délais d'attente du MSSS dans la quasi-totalité des cas. Les nombreuses voies parallèles de prise en charge de patients semblent avoir un effet pervers important sur la prise de patients à partir du GACO, et ce, même chez les nouveaux médecins. Les patients du GACO demeurent plus longtemps au GAMF. Peu de nouveaux arrivants utilisent la Lettre d'entente 321 (trop grands nombres de patients pour un médecin débutant, risque trop important de demandes de rendez-vous rapide chez la clientèle qui attend déjà depuis longtemps).

Les nombreuses voies d'entrées permises pour la prise en charge de nouveaux patients par les médecins ne permettent pas de vider les guichets (inégalités des clients au GACO qui attendent depuis très longtemps).

Problématique de référence ou de délai pour l'accès aux services spécialisés

L'accès à un médecin spécialiste pour les patients qui n'ont pas de médecin de famille passe par l'ancienne trajectoire, puisqu'ils auront fait le processus via l'urgence. Nous n'avons pas de données à cet effet. Actuellement, quelques cas présentement au CRDS qui ont obtenu une demande de consultation en spécialité de leur médecin de famille, mais entre le moment où le CRDS a reçu la demande et le moment où il peut donner le rendez-vous, l'omnipraticien a pris sa retraite. Donc, le CRDS ne peut faire de retour à personne, par exemple s'il veut informer le médecin que le patient n'est pas joignable, que le patient dit que la consultation n'est plus nécessaire ou qu'il manque des prérequis pour pouvoir procéder au rendez-vous.

C'est inquiétant de savoir qu'une investigation plus poussée est nécessaire et que le processus ne peut être poursuivi. Dans quelques cas, une clinique répondante est identifiée, mais pas dans tous les cas. La plupart des services spécialisés disponibles pour les patients de Jonquière sont offerts à Alma et Chicoutimi. L'éloignement est un facteur limitant important pour la clientèle vulnérable.

Problématique de découverte médicale dans certains secteurs

- Congés de maternité/paternité fréquents dus à l'âge de nos médecins.
- Tâche médicale importante ayant comme conséquence de l'épuisement professionnel récurrent.
- Les équipes médicales restreintes font que les mêmes médecins sont souvent sollicités.
- Dans un premier temps, les besoins en AMP principaux sont toujours comblés.

BESOINS EN EFFECTIFS MÉDICAUX ET AUTRES PROFESSIONNELS

Départs ou retraites prévisibles : trois médecins partiront à la retraite en 2019

Effectifs médicaux manquants en première ligne

En prenant en considération le nombre de patients inscrits au GAMF, et considérant que chaque nouveau médecin a une obligation de prise en charge de 500 patients, un ajout net d'au minimum huit médecins est nécessaire.

Effectifs médicaux manquants en établissement (indiquer le nombre et les lieux concernés) (réf. tableau des effectifs en annexe 8)

Effectifs professionnels requis pour améliorer l'accessibilité des services et optimiser la prise en charge

Un nombre plus élevé de professionnels à temps plein dans tous les secteurs permettrait de diminuer les temps d'attente. Le remplacement des congés devrait être automatique. Accès très limité aux services suivants : neuropsychologie, pédopsychiatrie, radiologie d'intervention, clinique de la douleur et rhumatologie. Accès nul aux services suivants : psychiatrie et allergologie.

OBJECTIFS POURSUIVIS

Objectif 1 : améliorer l'inscription à un médecin de famille

ACTIONS ET MOYENS
- Recruter des nouveaux médecins. - Diminuer la charge de travail intrahospitalière pour les médecins qui font aussi de la prise en charge. - Améliorer le soutien par les professionnels du CIUSSS pour favoriser la prise en charge de clientèle vulnérable. - Favoriser les visites à domicile par les médecins de famille.
RÔLES ET RESPONSABILITÉS
Poursuivre l'implication de la table territoriale - Présence à la journée carrière. - Continuer l'enseignement clinique et préclinique et impliquer plus de médecins du territoire à ce volet. Diminuer le nombre d'AMP par médecin - Favoriser un milieu de travail plus sain. - Permettre à des médecins de plus de 15 ans de pratique de cesser les tâches hospitalières pour faire plus de prise en charge. - Favoriser les projets pilotes au GAMF pour le soutien des professionnels
ÉCHÉANCES
5 ans
FACTEURS DE RÉUSSITE ET CONTRAINTES
- Équipe en place motivée et dynamique. - Écoute active des administrateurs du CIUSSS au DRMG. - Retraites, grossesses, congés maladie. - Intérêt professionnel pour la prise en charge inégal. - Manque de levier concernant la participation des médecins à la prise en charge. - Changement d'orientations ministérielles récurrentes.

**PORTRAIT ET BESOINS
PAR RÉSEAU LOCAL DE SERVICES (RLS)**



RLS Lac-Saint-Jean-Est



CARACTÉRISTIQUES GÉOGRAPHIQUES

Le territoire du Lac-Saint-Jean-Est se situe dans la partie Sud Est de la sous-région du Lac-Saint-Jean.

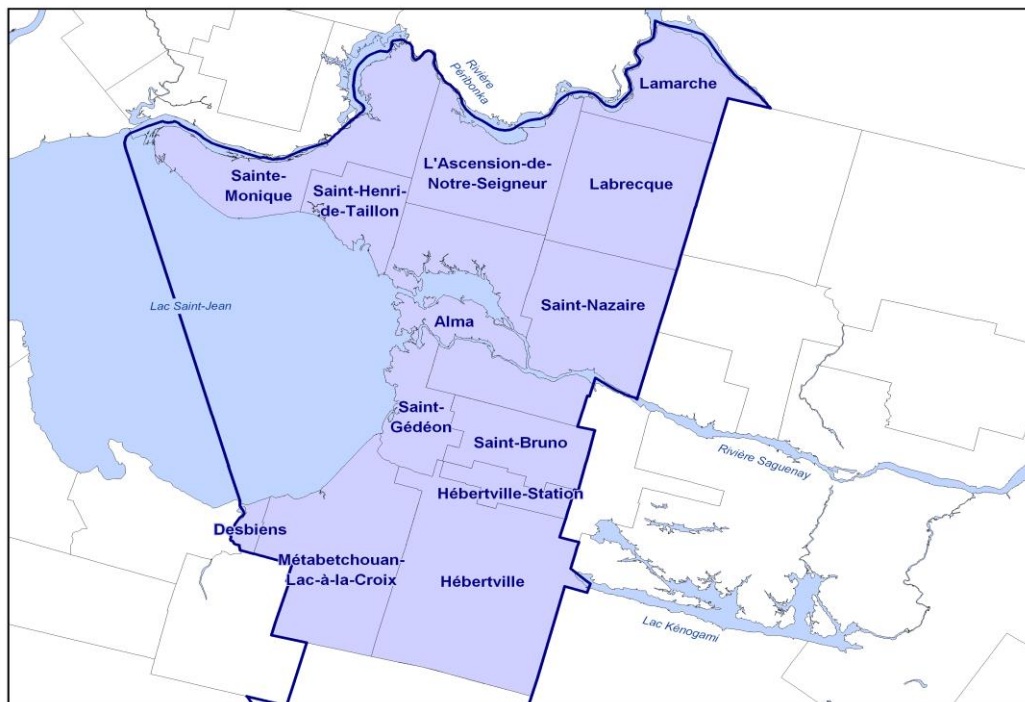
Superficie du territoire

En terre ferme (2016) : 2 772 km² et densité de population : 19,3 habitants/km².

Positionnement géographique du territoire par rapport aux autres de la région

Voir positionnement du territoire sur la carte, page 11 du présent document.

Carte du territoire du RLS



Territoire rural, semi-urbain ou urbain

La majeure partie de la population (plus ou moins 65 %) réside dans la zone urbaine définie par la seule agglomération d'Alma. La population rurale se répartit à travers 13 municipalités de moins de 5 000 habitants. Dans ces municipalités rurales, la densité moyenne de la population s'élève à 24 habitants par km² comparativement à 81 en milieu urbain.

Distance entre les différents points de services

La distance est entre 2 et 21 km pour se déplacer dans les différents points de service du territoire.

Répartition des services (condensation et zones moins desservies)

Dans un rayon de 5 km² sont condensées quatre cliniques (dont l'UMF) desservant environ 35 000 personnes. Deux cliniques desservent le secteur Nord, donc 6 952 personnes. La clinique de Delisle (quatre médecins) et la clinique St-Nazaire (quatre médecins). Deux cliniques desservent le secteur Sud, donc 5 672 personnes, la clinique St-Bruno (trois médecins : 4 500 patients). Le bassin de desserte excède la population du territoire, tant dans les cliniques qu'à l'hôpital, cette situation est encore plus criante en période estivale. (Par exemple, il y a autour de 700 accouchements/an à l'Hôpital d'Alma).

CARACTÉRISTIQUES DE LA POPULATION

Natalité (2010-2014)¹

		Écart / reste du Québec
Nombre annuel moyen de naissances	531	
Taux de natalité	10,1	(-)

Mortalité (2011-2015)²

		Écart / reste du Québec
Nombre annuel moyen de décès	437	
Taux de mortalité (pour 100 000 personnes)	832,4	n.s.

Projections démographiques³

	2018		2028	
	N	%	N	%
0-5 ans	3 264	6,2 %	2 885	5,4 %
6-11 ans	3 406	6,4 %	3 289	6,2 %
12-17 ans	2 989	5,6 %	3 367	6,3 %
18-44 ans	16 188	30,5 %	14 615	27,3 %
45-64 ans	15 665	29,5 %	12 943	24,2 %
65-74 ans	6 503	12,3 %	8 913	16,7 %
75-84 ans	3 523	6,6 %	5 361	10,0 %
85 ans et +	1 513	2,9 %	2 098	3,9 %
TOTAL	53 051	100,0 %	53 471	100,0 %

SANTÉ PUBLIQUE

Prévalence des principales conditions chroniques (2015-2016)⁵

	Nombre de cas	% de la population atteinte	Écart / reste du Québec
Hypertension artérielle	12 805	31,2	(+)
Diabète	3 785	7,4	(-)
Cardiopathies ischémiques	3 965	9,7	(-)
Asthme	7 255	14,2	(+)
MPOC (35 ans et plus)	3 955	12,3	(+)

Alzheimer et autres troubles apparentés (45 ans et plus)	800	2,8	n.s.
Incidence du cancer (2006-2010)⁶			
	Nombre de nouveaux cas/an	Taux brut pour 100 000	Écart / reste du Québec
Ensemble des tumeurs	315	615,2	n.s.
Cancer du poumon	51	99,5	n.s.
Cancer du sein (femmes)	43	170,7	n.s.
Cancer colorectal	36	71,0	n.s.
Cancer de la prostate	46	177,3	(+)
Prévalence annuelle des troubles mentaux (2015-2016)⁵			
	Nombre de cas	% de la population atteinte	Écart / reste du Québec
Ensemble des troubles mentaux	7 670	15,0	(+)
Troubles anxiodépressifs	4 065	7,9	(+)
Troubles schizophréniques	175	0,3	n.s.
Troubles de la personnalité du groupe B	145	0,3	(-)
TDA/H (1 à 24 ans)	1 215	9,2	(+)
Trouble du spectre de l'autisme (1 à 24 ans)	170	1,3	n.s.
CARACTÉRISTIQUES SOCIO-ÉCONOMIQUES			
Conditions socio-économiques⁴			
	N	%	
Population de 25 à 64 ans n'ayant aucun certificat, diplôme ou grade, 2016	4 055	14,8	
Faible revenu en 2015 fondé sur la mesure de faible revenu après impôt (MFR-Apl), 2016	2 985	11,7	
Chômage chez les 15 ans et plus, 2016		9,5	
Prestataires de l'aide sociale, 2018	2 261	5,4	

SERVICES MÉDICAUX GÉNÉRAUX ET AUTRES PROGRAMMES

INSTALLATIONS ET CLINIQUES PRIVÉES

Données extraites du permis du MSSS, avril 2015. (Démarche de conformité des noms et du nombre de lits actuellement en cours avec le MSSS).

Hôpital d'Alma

- 121 lits santé physique
- 16 lits psychiatrie
- 9 lits gériatrie
- 17 civières à urgence

N.B : Les données ne sont pas actualisées à la situation réelle

Installations offrant des services de nature « CLSC »

- CLSC d'Alma
- CLSC Champlain
- Centre d'hébergement de Métabetchouan-Lac-à-La-Croix et CLSC Secteur-Sud
- CLSC de L'Ascension-de-Notre-Seigneur

Nombre d'installations offrant des services de nature « CHSLD »

- CHSLD d'Alma : 56 lits d'hébergement permanent et 1 lit d'hébergement temporaire (en réalité : 69 lits + 1 temporaire)
- CHSLD Isidore-Gauthier : 34 lits d'hébergement permanent et 1 lit d'hébergement temporaire (en réalité 32 lits)
- Centre d'hébergement de Métabetchouan-Lac-à-La-Croix et CLSC Secteur-Sud : 156 lits d'hébergement permanent (et 12 lits d'hébergement temporaire) (en réalité 113 lits + 2 lits temporaires. Il n'y a plus de lits d'hébergement temporaire)

GMF et sites

GMF Alma

- Clinique médicale d'Alma
- Clinique médicale St-Jude
- Clinique médicale Delisle
- Clinique médicale Hébertville

GMF Lac-Saint-Jean-Est

- Clinique médicale Métabetchouan
- Clinique médicale du Manoir
- Clinique de médecine générale d'Alma
- GMF-U Alma

Nombre de GMF-R : N/A

Nombre de GMF-U : un site GMF-U dans le GMF Lac-Saint-Jean-Est

- GMF-U Alma

Deux cliniques qui n'ont pas le statut de GMF

- Centre de médecine familiale Saint-Bruno
- Clinique médicale de St-Nazaire

N. B. Il n'y a pas de levier pour inciter les médecins à fournir leurs prestations de services en lien avec les besoins populationnels identifiés : accès adapté, volumétrie, polyvalence, services de proximité.

Trajectoires spécifiques existantes pour certaines catégories de grands utilisateurs

Le programme des grands utilisateurs de services peut compter sur le travail d'un infirmier clinicien gestionnaire de cas. Le rôle du gestionnaire de cas est de repérer les usagers ayant un profil d'utilisation de service élevé, accompagner et soutenir les équipes de soins en place de façon à améliorer l'offre de service, évaluer les besoins des usagers ayant des besoins de santé complexes, coordonner la réalisation du plan de services individualisé (PSI) et en assurer le suivi.

Offres de services spécifiques disponibles dans les GMF

En plus des infirmières attirées par le programme GMF, le choix du milieu pour les autres professionnels a été le suivant : psychologues, nutritionnistes, infirmières, travailleurs sociaux, pharmaciens.

Vous retrouverez en annexe 4 le tableau de l'horaire des GMF du RLS Alma.

INSCRIPTION À UN MÉDECIN DE FAMILLE ET ACCESSIBILITÉ**Nombre de patients inscrits à un médecin de famille (données RAMQ, 14 septembre 2018)**

- 47 828 patients inscrits

Répartition territoriale des inscriptions à un médecin de famille

- 94,37 % de la population

Répartition des personnes vulnérables inscrites auprès d'un médecin de famille (14 septembre 2018)

- Problème de santé mentale : 5 637
- MPOC : 4 126
- MCAS et HTA sévère : 3 595
- Cancer : 2 811
- Diabète excluant le diabète de grossesse : 3 790
- Toxicomanie ou alcoolisme en cours de sevrage : 658
- VIH/sida/hépatite C : 29
- Maladies dégénératives du système nerveux : 938
- Maladies inflammatoires chroniques : 1 245
- Troubles dépressifs majeurs : 2 690
- Troubles dépressifs majeurs récidivants : 1 195
- Insuffisance rénale chronique/insuffisance hépatique : 768

- Maladies thrombotiques récidivantes : 290
- Fibrillation auriculaire : 257
- TDAH : 967
- Déficience intellectuelle : 199
- Déficience auditive/visuelle : 55
- Douleur chronique : 3 385
- AVC : 113
- Personnes âgées 70 ans et plus avec un code de vulnérabilité : 6 036
- Personnes ayant plus d'un facteur de vulnérabilité : 7 530
- Nombre de personnes vulnérables : 23 001

Évolution annuelle des inscriptions à un médecin de famille

22 octobre 2018	22 octobre 2017	22 octobre 2016	22 octobre 2015
94,58 %	94,45 %	91,07 %	90,85 %

Nombre d'inscriptions en provenance du GAMF : données non disponibles

Nombre de visites annuelles à l'urgence dont la priorité de triage est de niveau 4 (P4) et 5 (P5) du 1^{er} avril 2017 au 31 mars 2018

Hôpital d'Alma

- Nombre de visites totales à urgences : 29 181
- Nombre de visites P4 et P5 : 18 408
- Proportion : 63,1 %

N.B. : Pour améliorer le temps d'attente à l'urgence, il y a eu doublage de médecins de jour en semaine à l'urgence dans la dernière année.

Nombre de visites de patients inscrits à un médecin de famille dans les unités d'urgence de niveau P4-P5, tiré du tableau de la Direction des services d'urgence, MSSS

Portrait quinquennal de la situation dans les unités d'urgence									
Répartition selon différents groupes									
Période 8 (photo)									
Année	Visites totales	Visites priorité 4		Visites priorité 5		Visites avec médecin de famille		Réorientés	
	n	n	%	n	%	n	%	n	%
02 CIUSSS du Saguenay - Lac-Saint-Jean									
Hôpital d'Alma									
2014-2015	1 820	803	44,1%	605	33,2%	826	45,4%	0	0,0%
2015-2016*	1 845	844	45,7%	501	27,2%	1 170	63,4%	0	0,0%
2016-2017	2 134	958	44,9%	563	26,4%	1 482	69,4%	0	0,0%
2017-2018	2 211	1 078	48,8%	293	13,3%	1 586	71,7%	166	7,5%
2018-2019	2 293	1 137	49,6%	266	11,6%	1 608	70,1%	105	4,6%

Taux d'assiduité par clinique et par GMF (15 août 2018)

- GMF Alma : 85,8 %
- GMF Lac-Saint-Jean-Est : 84,5 %

Nombre de visites dans les GMF-réseau : N/A

Nombre de visites à domicile pour les médecins en CLSC : il n'y a pas de médecins en première ligne au CLSC, sauf en santé sexuelle.

EFFECTIFS MÉDICAUX

Référence : tableau exploratoire pour évaluer le besoin à combler par territoire. Voir méthodologie de calcul. Source : données RAMQ, **octobre 2016 à septembre 2017**.

Nombre de médecins de famille installés : 62, en comparatif en novembre 2018 : 59

Proportions de médecins de 65 ans ou plus : 9 %, en comparatif en nombre 2018 : 7 % (quatre médecins)

Répartition des effectifs médicaux (ETC)

- Première ligne : 35,1
- CHSLD : 0,7
- Total en service de proximité : 35,8
- Patients admis : 8,6
- Soins intensifs : 0,6
- Soins palliatifs en CH : 0,1
- Obstétrique : 0,7
- Urgence : 10,4
- CH autres : 1,7
- Total en service de spécialisé : 22,1

- Santé publique : 0,7
- Activités médico-pédagogiques : 0,1
- Activités médico-administratives : 0,3
- Activités universitaires : 0

Étant donné la présence d'un GMF-U sur le territoire ainsi que le fait que des médecins donnent des cours à l'Université à Chicoutimi en médecine, des questionnements sont présents quant à l'absence d'effectifs comptabilisés en activités universitaires et en activités médico-pédagogiques.

Ratio patients/médecins

Médecins ratio service de proximité : $56\,965/35,8 = 1\,591$ patients par médecin en services de proximité. Ce ratio inclut les médecins du GMF-U. La charge d'enseignement n'est pas comptabilisée.

Ratio patients/médecins total : $56\,965/62 : 918$ patients

$56\,965/59 = 965$ patients

L'indice de besoin en effectifs médicaux (correspond au rapport entre le nombre de médecins de famille et le besoin de famille sur un territoire donné) au 31 août : 0,91

Caractéristique des effectifs médicaux

- Hospitalisation : 27 médecins dont deux en congé de maternité/quatre équipes de garde.
- Urgence 11 médecins (sept médecins à temps plein (dont un congé de maternité) et quatre à demi-temps).
- Deux médecins se partagent 1/6 semaine de soins intensifs.
- Deux médecins font chacun un demi-temps en santé publique.
- Obstétrique : trois médecins font environ 160 accouchements/année.

Il s'agit d'un enjeu : considérant une proportion souhaitée de 80 % des accouchements fait par les omnipraticiens et considérant le maintien des compétences nécessaires, le ratio d'accouchements omnipraticiens/spécialistes devrait être modifié.

GUICHET D'ACCÈS À UN MÉDECIN DE FAMILLE

Nombre de personnes enregistrées au GAMF (données RAMQ, 17 septembre 2018)

- 467 personnes totales
- 456 non attribuées et 11 attribuées

Évolution du nombre de personnes sur le GAMF (22 juin 2016)

- 2 021 personnes totales
- 2 001 non attribuées et 20 attribués

Le 1^{er} juin 2017

- 1 634 personnes totales
- 1 564 non attribuées et 70 attribuées

Répartition du nombre de personnes sur le GAMF selon leur priorité (17 septembre 2018)

A	B	C	D	C
12	11	232	49	163

Délai moyen d'inscription en jours au GAMF selon la condition de santé (21 septembre 2018)

A	B	C	D	C
104,2	181,8	129,7	189	114

Moyenne : 131 jours**Actions en cours pour vider le GAMF**

Une réorganisation régionale du fonctionnement du GACO a eu lieu, le nouveau fonctionnement a débuté le 8 janvier 2018. (Centralisation des réponses téléphoniques pour une plus grande réponse aux usagers et aux médecins, harmonisation des pratiques, révision des processus d'aiguillage usagers). Actuellement, la phase deux du projet est en cours. Il s'agit de faciliter la prise en charge par les médecins de famille, des usagers présentant une problématique complexe (santé mentale, dépendance) en leur offrant des services interprofessionnels adaptés à leur situation. La reprise des rencontres GACO regroupant les différents médecins coordonnateurs de la région, les gestionnaires et les personnes cliniques permettra d'actualiser les pratiques afin de soutenir les GACO dans l'accompagnement des patients et leur attribution et de mobiliser les médecins à prendre en charge les patients.

Patients sans médecin de famille vus à l'urgence : l'urgence peut accepter les patients sans médecin de famille pour un problème ad hoc sur le territoire. Les touristes n'ont aucun autre accès que l'urgence pour consulter un médecin.

ACTIVITÉS MÉDICALES PARTICULIÈRES (AMP)

- Liste des AMP : prise en charge, hospitalisation, urgence. Il est souhaité de pouvoir offrir éventuellement des AMP en obstétrique et en CHSLD.
- Évolution des AMP : nouveaux AMP en prise en charge (AMP mixtes).
- Répartition des AMP (AMP disponible octobre 2018) : urgence, hospitalisation (incluant UCDG), prise en charge (AMP mixtes).
- Fréquence de révision des AMP : annuelle.

ACTIVITÉS ACADÉMIQUES

Nombre de résidents accueillis dans chaque GMF-U : quatre R1 et quatre R2 par année. Il est visé six R1 et six R2 par année.

Nombre d'autres apprenants accueillis dans chaque GMF-U : quatre externes en externat longitudinal intégré et deux externes en stage régulier de deux mois. Stages de médecine familiale en option offerts. Stages SARROS (six en 2018).

Nombre de médecins qui participent à la mission universitaire dans chaque GMF-U : 100 % des médecins, 7 B, 11 C.

ACTIVITÉS DANS D'AUTRES PROGRAMMES

Avec une équipe de deux psychiatres (sur quatre postes disponibles), la santé mentale est largement supportée par les omnipraticiens tant en première qu'en deuxième ligne. La gériatrie est entièrement dévolue à la médecine de famille. Aucun poste de gériatre comblé sur un PEM de deux.

IDENTIFICATION DES BESOINS**PROBLÉMATIQUES ACTUELLES ET ANTICIPÉES****Problématique d'inscription et d'accès à un médecin de famille**

L'utilisateur sans médecin de famille n'a pas accès aux cliniques sans rendez-vous pour des problématiques de priorité ne nécessitant pas de se rendre à l'urgence. L'accès à un médecin de famille peut être difficile pour une partie des personnes en attente au GAMF : prisonniers, RAMQ expirée ou tentative de mise à jour sans retour d'appel.

Problématique de réorientation des P4-P5

Il faudra travailler en priorité à diminuer le nombre important de P4-P5 à l'urgence. Moyens d'amélioration possibles : ventiler leur provenance, établir un meilleur corridor de services entre l'urgence et les cliniques, améliorer l'accessibilité des plateaux techniques, assurer un accès autre en première ligne pour les usagers sans médecin de famille.

Problématique de recrutement/rétention de médecins de famille

Le recrutement est limité par les ratios du Ministère. Le GMF-U a été et est encore un élément important au niveau du recrutement et de la rétention des médecins de famille.

Problématique de délai d'attente au GAMF

Il est très difficile de respecter les délais d'attente du MSSS dans la quasi-totalité des cas. Les nombreuses voies parallèles de prise en charge de patients semblent avoir un effet pervers important sur la prise de patients à partir du GACO, et ce, même chez les nouveaux médecins. Les patients du GACO demeurent plus longtemps au GAMF. Peu de nouveaux arrivants utilisent la Lettre d'entente 321 (trop grands nombres de patients pour un médecin débutant, risque trop important de demandes de rendez-vous rapide chez la clientèle qui attend déjà depuis longtemps). Les nombreuses voies d'entrée permises pour la prise en charge de nouveaux patients par les médecins ne permettent pas de vider les guichets (inégalités des clients au GACO qui attendent depuis très longtemps).

Problématique de référence ou de délai pour l'accès aux services spécialisés

Pas de corridor de services établi avec d'autres régions dans les spécialités à forte demande (urologie par exemple). Discordance entre les délais de priorisation entre le médecin de famille et le spécialiste coordonnateur. Absence de possibilité de mettre un délai de six mois. Qui-proquo entre l'origine des demandes de consultations (hospitalisation, urgence, suivi de patients déjà vus pour ce problème). Déploiement CRDS Phase 3 non complété.

Problématique de découverte médicale dans certains secteurs

Dans un premier temps, les besoins en AMP principaux sont toujours comblés.

BESOINS EN EFFECTIFS MÉDICAUX ET AUTRES PROFESSIONNELS

Pour les cinq prochaines années

Départs ou retraites prévisibles

- 13 retraites anticipées donc 22 % des effectifs médicaux. Un médecin d'urgence et 12 médecins en clinique, soit 16 000 patients suivis.

Effectifs médicaux manquants en établissement

- Actuellement il manque 1 ETP à l'urgence.
- Huit médecins devraient quitter l'hospitalisation (sur une équipe de 27).
- Un médecin se retirera de la couverture des CHSLD.
- Le Ministère estime à -6,5 ETP manquants en tout sur notre territoire. Cependant, le nombre de médecins installés est de 59 et non de 61.

Effectifs professionnels requis pour améliorer l'accessibilité des services et optimiser la prise en charge

- 1 infirmière clinicienne pour 3 000 patients.
- 1 kinésiothérapeute par 12 000 patients.
- 1 psychologue adulte pour 6 000 patients.
- 1 psychologue enfant par 12 000 patients.
- 1 psychoéducateur par 12 000 patients.
- 1 travailleur social par 6 000 patients.
- 1 nutritionniste par 12 000 patients.
- 1 inhalothérapeute par 18 000 patients.
- 1 pharmacien par 18 000 patients.
- 1 IPS par 6000 patients.

Problématique d'accessibilité et de coordination des soins pour les patients suivis par des médecins n'évoluant pas en GMF et pour les patients sans médecin de famille.

OBECTIFS POURSUIVIS

Objectif 1 : orientation des patients vers la bonne porte d'entrée. Diminuer le nombre de patients qui consulte à l'urgence et qui pourrait consulter à la clinique

ACTIONS ET MOYENS
- Documenter pour les patients P4-P5 : le nombre, la provenance et les raisons de consultations à l'urgence plutôt qu'à la clinique (médecin de famille ou non, GMF ou non, accès adapté, possibilité de sans rendez-vous). - Documenter quels services a été utilisé : plateaux techniques, hospitalisation, consultation en spécialité. - Transmettre un questionnaire aux patients. - Informer et enseigner au patient le meilleur endroit dans sa condition pour recevoir le service nécessaire. - Produire un document d'accès pour les médecins de famille. - Diffuser le document des résultats de l'étude.
RÔLES ET RESPONSABILITÉS
- Plan de travail à établir pour l'étude des P4-P5 par la table locale du DRMG en collaboration avec les gestionnaires du CIUSSS. - Cette recherche d'information pourrait transiter par l'accueil à l'urgence (de préférence une personne dédiée à ce poste et non l'infirmière du triage), par Info-Santé, par le personnel administratif de la clinique, par les médias et les réseaux sociaux.
ÉCHÉANCES
3 à 5 ans
FACTEURS DE RÉUSSITE ET CONTRAINTES
- Nécessité d'intervenants dédiés à faire le travail terrain. - Diversité de pratique des différents médecins. - Accès limité aux plateaux techniques. - Accès à l'information des médecins hors-GMF.

Objectif 2 : services médicaux de proximité réalistes

ACTIONS ET MOYENS
- Nécessité d’augmenter le nombre de médecins disponibles dans les cliniques. - Distribution des médecins dans les cliniques selon la population à desservir. - Distribution des cliniques selon la population à desservir. - Offre de service réaliste en heures défavorables par rapport à la population et au nombre de médecins.
RÔLES ET RESPONSABILITÉS
Tables territoriales locales - Recruter de nouveaux médecins. - Tables territoriales locales en collaboration avec la Direction de santé publique et des directions cliniques du CIUSSS. - Sensibiliser les médecins aux besoins de la population (organisation de présentation des données de santé de la population).
ÉCHÉANCE
3 à 5 ans
FACTEURS DE RÉUSSITE ET CONTRAINTES
- Historique de bonne collaboration entre les médecins du territoire. - Médecins versatiles. - Territoire vaste avec densité faible de population dans certains secteurs. - Médecins en majeure partie dispersés entre la première et la seconde ligne.

Objectif 3 : Soins obstétricaux offerts en majeure partie par des omnipraticiens

ACTIONS ET MOYENS
- Une cible de 80 % de suivi obstétrical par les omnipraticiens est soutenue par le Ministère. Une cible de 50 % dans 5 ans est réaliste. - Besoin de deux autres omnipraticiens pour combler une équipe de quatre à cinq omnipraticiens. Ce nombre est minimal étant donné que ces omnipraticiens participent également aux soins intrahospitaliers (urgence et hospitalisation) ainsi qu'à la prise en charge de la clientèle générale. - L'enseignement aux externes et aux résidents repose aussi sur cette équipe.
RÔLES ET RESPONSABILITÉS
À déterminer
ÉCHÉANCE
3 à 5 ans
FACTEURS DE RÉUSSITE ET CONTRAINTES
À déterminer

**PORTRAIT ET BESOINS
PAR RÉSEAU LOCAL DE SERVICES (RLS)**



RLS Domaine-du-Roy



CARACTÉRISTIQUES GÉOGRAPHIQUES

Le RLS de Roberval s'étend sur une très grande superficie.

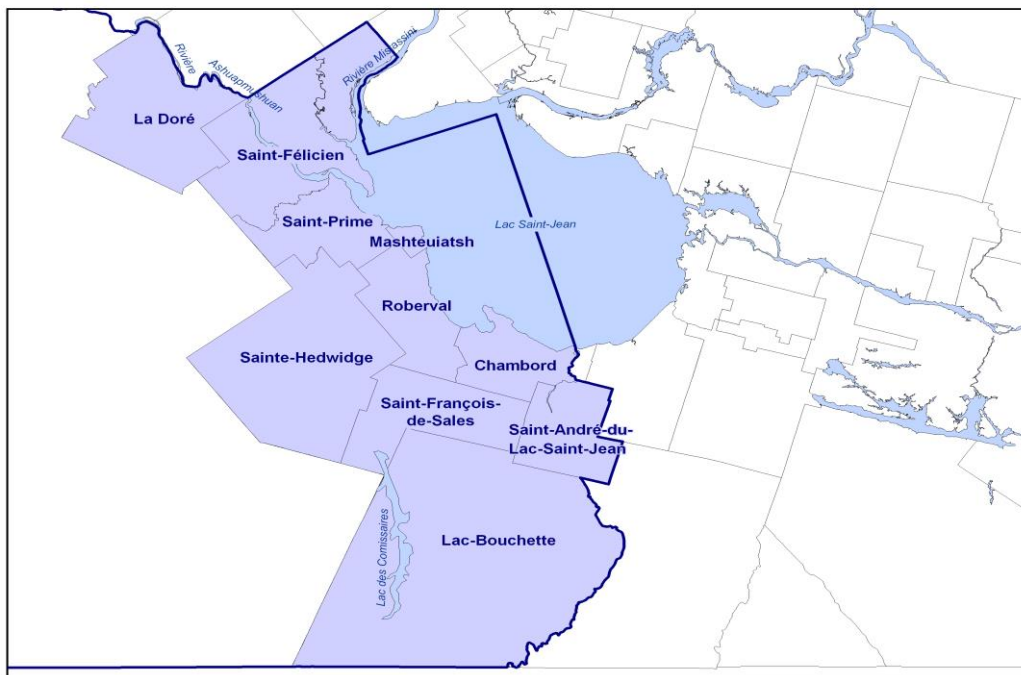
Positionnement géographique du territoire par rapport aux autres de la région

Voir positionnement du territoire sur la carte, page 11 du présent document.

Superficie du territoire

Il compte neuf municipalités différentes. Plus de 80 km² séparent les deux municipalités aux pôles du territoire. Le RLS dessert la portion Sud-Ouest du Lac-Saint-Jean. Il est bordé à l'Est par le RLS d'Alma et au Nord par le RLS de Dolbeau.

Carte du territoire du RLS



Territoire rural, semi-urbain ou urbain

Il s'agit d'un territoire principalement rural avec quelques points pouvant être qualifiés de semi-urbains.

Répartition des services (condensation et zones moins desservies)

Le pôle principal des services demeure Roberval étant donné que l'hôpital y est situé. Sinon, plusieurs cliniques médicales se retrouvent dans les différentes municipalités avoisinantes.

CARACTÉRISTIQUES DE LA POPULATION

Natalité (2010-2014)¹

		Écart / reste du Québec
Nombre annuel moyen de naissances	311	
Taux de natalité	9,7	(-)

Mortalité (2011-2015)²

		Écart / reste du Québec
Nombre annuel moyen de décès	275	
Taux de mortalité (pour 100 000 personnes)	865,1	n.s.

Projections démographiques³

	2018		2028	
	N	%	N	%
0-5 ans	1 824	5,8 %	1 581	5,2 %
6-11 ans	1 928	6,2 %	1 776	5,9 %
12-17 ans	1 804	5,8 %	1 884	6,2 %
18-44 ans	8 930	28,5 %	7 751	25,6 %
45-64 ans	9 461	30,2 %	7 274	24,0 %
65-74 ans	4 348	13,9 %	5 331	17,6 %
75-84 ans	2 183	7,0 %	3 404	11,2 %
85 ans et +	836	2,7 %	1 264	4,2 %
TOTAL	31 314	100,0 %	30 265	100,0 %

SANTÉ PUBLIQUE

Prévalence des principales conditions chroniques (2015-2016)⁵

	Nombre de cas	% de la population atteinte	Écart / reste du Québec
Hypertension artérielle	8 005	32,0	(+)
Diabète	2 610	8,4	n.s.
Cardiopathies ischémiques	2 655	10,6	n.s.
Asthme	3 435	11,1	(+)
MPOC (35 ans et plus)	2 590	13,0	(+)
Alzheimer et autres troubles apparentés (45 ans et plus)	520	2,9	n.s.

Incidence du cancer (2006-2010)⁶

	Nombre de nouveaux cas/an	Taux brut pour 100 000	Écart / reste du Québec
Ensemble des tumeurs	207	645,2	(+)
Cancer du poumon	43	133,8	(+)
Cancer du sein (femmes)	25	154,4	n.s.
Cancer colorectal	30	93,3	n.s.
Cancer de la prostate	17	104,5	n.s.

Prévalence annuelle des troubles mentaux (2015-2016)⁵

	Nombre de cas	% de la population atteinte	Écart / reste du Québec
Ensemble des troubles mentaux	4 620	14,9	(+)
Troubles anxiodépressifs	2 550	8,2	(+)
Troubles schizophréniques	130	0,4	n.s.
Troubles de la personnalité du groupe B	120	0,4	n.s.
TDA/H (1 à 24 ans)	695	8,8	(+)
Trouble du spectre de l'autisme (1 à 24 ans)	40	0,5	(-)

CARACTÉRISTIQUES SOCIO-ÉCONOMIQUES**Conditions socio-économiques⁴**

	N	%
Population de 25 à 64 ans n'ayant aucun certificat, diplôme ou grade, 2016	2 740	16,9
Faible revenu en 2015 fondé sur la mesure de faible revenu après impôt (MFR-Apl), 2016	4 150	14,6
Chômage chez les 15 ans et plus, 2016		10,9
Prestataires de l'aide sociale, 2018	1 465	6,1

SERVICES MÉDICAUX GÉNÉRAUX ET AUTRES PROGRAMMES

INSTALLATIONS ET CLINIQUES PRIVÉES

Données extraites du permis du MSSS, avril 2015. (Démarche de conformité des noms et du nombre de lits actuellement en cours avec le MSSS).

Hôpital, CLSC et Centre d'hébergement de Roberval

- 91 lits santé physique
- 29 lits psychiatrie
- 10 lits gériatrie
- 13 civières à l'urgence

Installations offrant des services de nature « CLSC »

- CLSC de Saint-Félicien
- CLSC Sacré-Cœur
- CLSC et Centre de réadaptation pour alcoolisme et autres toxicomanies Saint-Antoine

Installations offrant des services de nature « CHSLD » et nombre de lits

- CHSLD de Saint-Félicien : 44 lits d'hébergement permanent et deux lits d'hébergement temporaire
- Hôpital, CLSC et Centre d'hébergement de Roberval : 98 lits d'hébergement permanent et deux lits d'hébergement temporaire

Un GMF et cinq sites

GMF LES MYRTILLES DU LAC

- Clinique médicale de Roberval
- Clinique médicale de Saint-Prime
- Clinique médicale Olivier Vien
- Centre médical St-Félicien
- CLSC de Saint-Félicien

Nombre de GMF-R (indiquer leurs noms) : N/A

Nombre de GMF-U (indiquer leurs noms) : N/A

Quatre cliniques qui n'ont pas le statut de GMF

- Clinique du Dr Gilles Guillemette
- Centre de santé de Mashteuiatsh
- Clinique médicale de Chambord
- Centre médical du Lac

Trajectoires spécifiques existantes pour certaines catégories de grands utilisateurs

Le programme des grands utilisateurs de services peut compter sur le travail d'un infirmier clinicien gestionnaire de cas. Le rôle du gestionnaire de cas est de repérer les usagers ayant un profil d'utilisation de service élevé, accompagner et soutenir les équipes de soins en place de façon à améliorer l'offre de service, évaluer les besoins des usagers ayant des besoins de santé complexes, coordonner la réalisation du plan de services individualisé (PSI) et en assurer le suivi.

Offres de services spécifiques disponibles dans les GMF

- Suivi infirmier (multiples apports aux soins du patient dont principalement le suivi des maladies chroniques)
- Inhalothérapeutes
- Travailleuse sociale
- Pharmacienne
- Psychologue (poste malheureusement non comblé actuellement)
- Clinique de sans rendez-vous à tous les jours sur le territoire
- Rendez-vous rapides disponibles de façon quotidienne dans tous les sites

Horaires des différentes installations couvrent les plages du lundi au jeudi de jour et en soirée, les vendredis et samedis de jour (fermé le dimanche).

Vous retrouverez en annexe 5 le tableau de l'horaire des GMF du RLS Domaine-du-Roy

INSCRIPTIONS À UN MÉDECIN DE FAMILLE ET ACCESSIBILITÉ

Nombre de patients inscrits à un médecin de famille (données RAMQ, 14 septembre 2018)

- 27 472 patients inscrits

Répartition territoriale des inscriptions à un médecin de famille

- 89,91 % de la population

Répartition des personnes vulnérables inscrites auprès d'un médecin de famille (14 septembre 2018)

- Problème de santé mentale : 2 942
- MPOC : 1 292
- MCAS et HTA sévère : 1 829
- Cancer : 1 148
- Diabète excluant le diabète de grossesse : 2 272
- Toxicomanie ou alcoolisme en cours de sevrage : 371
- VIH/sida/hépatite C : 33
- Maladies dégénératives du système nerveux : 444
- Maladies inflammatoires chroniques : 527
- Troubles dépressifs majeurs actifs : 1 364
- Troubles dépressifs majeurs récidivants : 773
- Insuffisance rénale chronique/insuffisance hépatique : 329
- Maladies thrombotiques récidivantes : 201
- Fibrillation auriculaire : 197
- TDAH : 765

- Déficience intellectuelle : 96
- Déficience auditive/visuelle : 25
- Douleur chronique : 1 216
- AVC : 49
- Personnes âgées 70 ans et plus avec un code de vulnérabilité : 2 935
- Personnes ayant plus d'un facteur de vulnérabilité : 3 592
- Nombres de personnes vulnérables : 11 221

Évolution annuelle des inscriptions à un médecin de famille

22 octobre 2018	22 octobre 2017	22 octobre 2016	22 octobre 2015
90,35 %	91,07 %	87,98 %	82,12 %

Nombre d'inscriptions en provenance du GAMF : données non disponibles.

Nombre de visites annuelles à l'urgence dont la priorité de triage est de niveau 4 (P4) et 5 (P5) du 1^{er} avril 2017 au 31 mars 2018

Hôpital, CLSC et Centre d'hébergement de Roberval

- Nombres de visites totales à l'urgence : 25 491
- Nombre de visites P4 et P5 : 15 469
- Proportion : 60,7 %

Nombre de visites de patients inscrits à un médecin de famille dans les unités d'urgence de niveau P4-P5, tiré du tableau de la Direction des services d'urgence, MSSS

Portrait quinquennal de la situation dans les unités d'urgence									
Répartition selon différents groupes									
Période 8 (photo)									
Année	Visites totales	Visites priorité 4		Visites priorité 5		Visites avec médecin de famille		Réorientés	
	n	n	%	n	%	n	%	n	%
02 CIUSSS du Saguenay - Lac-Saint-Jean									
Hôpital, CLSC et Centre d'hébergement de Roberval									
2014-2015	1 844	785	42,6%	561	30,4%	299	16,2%	1	0,1%
2015-2016*	1 862	722	38,8%	711	38,2%	711	38,2%	0	0,0%
2016-2017	1 824	754	41,3%	486	26,6%	881	48,3%	0	0,0%
2017-2018	1 842	880	47,8%	252	13,7%	1 059	57,5%	0	0,0%
2018-2019	1 920	880	45,8%	256	13,3%	1 115	58,1%	1	0,1%

Taux d'assiduité par clinique et par GMF (15 août 2018)

- GMF Les Myrtilles du Lac : 83,6 %

Nombre de visites dans les GMF-réseau : N/A

Nombre de visites à domicile pour les médecins en CLSC

- Un grand nombre de patients sont suivis à domicile (nombre exact inconnu).
- Il n'y a pas d'équipe dédiée à ce service. Chaque médecin prend soin de ses patients.

EFFECTIFS MÉDICAUX

Référence : tableau exploratoire pour évaluer le besoin à combler par territoire. Voir méthodologie de calcul. Source : données RAMQ, octobre 2016 à septembre 2017.

Nombre de médecins de famille installés : 40

Proportions de médecins de 65 ans ou plus : 10 %

Répartition des effectifs médicaux (en, ETC)

- Première ligne : 18,8
- CHSLD : 1,3
- Total en service de proximité : 20,1
- Patients admis : 6,5
- Soins intensifs : 1,2
- Soins palliatifs en CH : 0,2
- Obstétrique : 0,9
- Urgence : 10,2
- CH autres : 1,8
- Total en service de spécialisé : 20,8
- Santé publique : 0,7
- Activités médico-administratives : 0,3

Ratio patients/médecins

Ratio service de proximité : $34\,255/20,1 = 1\,704$ patients par médecin en services de proximité

Ratio patients/médecins total : $34\,255/40 : 856$ patients

Indice de besoin en effectifs médicaux (correspond au rapport entre le nombre de médecins de famille et le besoin de famille sur un territoire donné) au 31 août 2018 : 0,83

Caractéristique des effectifs médicaux

- La pratique mixte est favorisée sur le territoire.
- La quasi-totalité des médecins exerce en milieu hospitalier et en cabinet privé.
- Plusieurs médecins ont une pratique majoritairement hospitalière, mais très peu ont une pratique hospitalière exclusive.

GUICHET D'ACCÈS À UN MÉDECIN DE FAMILLE

Nombre de personnes enregistrées au GAMF (données RAMQ, 17 septembre 2018)

- 847 (786 non attribuées et 61 attribuées)

Évolution du nombre de personnes sur le GAMF (22 juin 2016)

- 500 personnes totales (275 non attribuées et 225 attribuées)

Le 1^{er} juin 2017

- 195 personnes totales (18 non attribuées et 177 attribuées)

Répartition du nombre de personnes sur le GAMF selon leur priorité (17 septembre 2018)

A	BH	C	D	E
20	18	450	75	284

Délai moyen d'inscription en jours au GAMF selon la condition de santé (21 septembre 2018)

A	B	C	D	E
33,2	122,4	128,4	132,5	109,4

Moyenne : 120,1 jours**Actions en cours pour vider le GAMF**

Une réorganisation régionale du fonctionnement du GACO a eu lieu, le nouveau fonctionnement a débuté le 8 janvier 2018. (Centralisation des réponses téléphoniques pour une plus grande réponse aux usagers et aux médecins, harmonisation des pratiques, révision des processus d'aiguillages usagers). Actuellement, la phase deux du projet est en cours. Il s'agit de faciliter la prise en charge par les médecins de famille, des usagers présentant une problématique complexe (santé mentale, dépendance) en leur offrant des services interprofessionnels adaptés à leur situation.

La reprise des rencontres GACO regroupant les différents médecins coordonnateurs de la région, les gestionnaires et les personnes cliniques permettra d'actualiser les pratiques afin de soutenir les GACO dans l'accompagnement des patients et leur attribution et de mobiliser les médecins à prendre en charge les patients. Les tâches intrahospitalières des médecins de famille sont épurées au maximum pour permettre à ces derniers de se consacrer le plus possible à la prise en charge en cabinet. Les nouveaux médecins sur le territoire sont fortement incités à s'impliquer en prise en charge de patients en cabinets. Tout l'encadrement nécessaire pour leur simplifier la tâche est mis en place.

Nombre de patients sans médecin de famille vus à l'urgence/an : inconnue actuellement**ACTIVITÉS MÉDICALES PARTICULIÈRES (AMP)**

- Liste des AMP : UCDG, réadaptation, CHSLD, hospitalisation (courte durée), soins intensifs, prise en charge, urgence, obstétrique, soins physiques en psychiatrie.
- Évolution des AMP : données non disponibles.
- Répartition des AMP, (AMP disponible octobre 2018) : hospitalisation, courte durée, longue durée, obstétrique, soins intensifs, soins physiques en psychiatrie.
- Fréquence de révision des AMP : annuelle.
- Une gestion très stricte des privilèges et AMP est exercée par la table territoriale du territoire en collaboration avec le DRMG. Le lien avec la table régionale du DRMG est fluide et facilitant.

ACTIVITÉS DANS D'AUTRES PROGRAMMES

Le territoire dessert également les besoins hospitaliers des habitants de la réserve autochtone d'Obedjiwan (réserve qui compte plus de 2 000 personnes et qui se situe à plus de cinq heures de route de l'Hôpital de Roberval).

Plusieurs autres activités sont couvertes par les médecins du territoire. Entre autres : soins en CRDI, planning familial, CSST, retrait préventif, épreuves d'effort cardiaque, clinique des jeunes à la polyvalente, etc.

IDENTIFICATION DES BESOINS

PROBLÉMATIQUES ACTUELLES ET ANTICIPÉES

Problématique d'inscription et d'accès à un médecin de famille

L'accès à un médecin de famille peut être difficile pour une partie des personnes en attente : prisonniers, RAMQ expirée ou tentative de mise à jour sans retour d'appel. Les usagers sans médecin de famille n'ont pas accès aux cliniques sans rendez-vous pour des problématiques de priorité ne nécessitant pas de se rendre à l'urgence.

Problématique de recrutement/rétention de médecins de famille

Le recrutement est parfois difficile en région éloignée. Souvent ce sont de nouveaux facturants originaires de la région qui font leur demande de PREM. Malheureusement, le recrutement s'annonce très maigre pour l'été 2019. Il est fort possible qu'il n'y ait aucune nouvelle recrue.

Problématique de délai d'attente au GAMF

Il est très difficile de respecter les délais d'attente du MSSS dans la quasi-totalité des cas. Les nombreuses voies parallèles de prise en charge de patients semblent avoir un effet pervers important sur la prise de patients à partir du GACO, et ce, même chez les nouveaux médecins. Les patients du GACO demeurent plus longtemps au GAMF. Peu de nouveaux arrivants utilisent la Lettre d'entente 321 (trop grands nombres de patients pour un médecin débutant, risque trop important de demandes de rendez-vous rapide chez la clientèle qui attend déjà depuis longtemps). Les nombreuses voies d'entrées permises pour la prise en charge de nouveaux patients par les médecins ne permettent pas de vider les guichets (inégalités des clients au GACO qui attendent depuis très longtemps).

Problématique de référence ou de délai pour l'accès aux services spécialisés

Comme dans la plupart des régions éloignées, l'accès aux services surspécialisés est difficile. Des difficultés sont présentes en urologie, neurologie, rhumatologie, dermatologie, gastro-entérologie, endocrinologie. Les besoins en ce qui a trait aux AMP principaux sont actuellement comblés.

Problématique de découverte médicale dans certains secteurs

Dans un premier temps, les besoins en AMP principaux sont toujours comblés.

BESOINS EN EFFECTIFS MÉDICAUX ET AUTRES PROFESSIONNELS

Départs ou retraites prévisibles

- Un médecin a confirmé son départ pour le 1^{er} janvier 2019.
- Il y a également un potentiel de deux à trois autres retraites dans les cinq prochaines années.

Effectifs médicaux manquants en première ligne

- En cabinet, le territoire est en difficulté.
- Deux équivalents temps plein seraient nécessaires pour combler les besoins.

Effectifs médicaux manquants en établissement

- Les besoins en établissement sont principalement en gériatrie active et en CHSLD (deux équivalents temps plein y seraient nécessaires).

- Des besoins en obstétrique sont à prévoir à court terme (au moins un équivalent temps plein y serait nécessaire).

Effectifs professionnels requis pour améliorer l’accessibilité des services et optimiser la prise en charge

- De multiples professions essentielles sont en pénuries. Principalement en psychologie, en physiothérapie et en ergothérapie.

Effectifs médicaux pour couvrir les besoins hospitaliers de la réserve d’Obedjiwan

- Les besoins sont actuellement comblés par les membres en place, mais des effectifs dédiés spécifiquement à la tâche avec des budgets adaptés seraient importants.

OBJECTIFS POURSUIVIS

Objectif 1 : prise en charge déficiente en cabinet – Améliorer la prise en charge en cabinet

ACTIONS ET MOYENS
- Favoriser l’appui des médecins de famille en cabinet par les autres professionnels. - Orienter les nouvelles recrues vers la prise en charge. - Favoriser un profil de pratique mixte. Ne pas encourager une pratique hospitalière pure. - Épurier au maximum les besoins intrahospitaliers en médecine de famille pour permettre de libérer du temps consacré à la prise en charge. Pénurie d’effectifs en gériatrie active et CHSLD - Réorganisation des tâches intrahospitalières des médecins en place pour permettre la couverture de ces services. Pénurie à venir en obstétrique - Favoriser le recrutement de médecins obstétriciens à court terme. - Consolider l’équipe en place.
RÔLES ET RESPONSABILITÉS
Tous les médecins, professionnels et gestionnaires sont évidemment mis à contribution pour résoudre les grandes problématiques. Une table territoriale et un département de médecine générale forts favorisent la fluidité de la mise à jour constante des tâches de chaque médecin pour permettre une couverture adéquate des services. Un comité de recrutement proactif est nécessaire. Les efforts individuels quotidiens de recrutement demeurent un outil indispensable.
ÉCHÉANCES
En lien avec la prise en charge en cabinet, nous visons en permanence de conserver un délai d’attente acceptable pour les patients inscrits au GAMF. Idéalement, il est visé une inscription complète de la clientèle pour juillet 2019. Également, la problématique en gériatrie active et en CHSLD doit être résolue pour juillet 2019. La situation en obstétrique demeure précaire. Il est espéré recruter avant qu’une pénurie franche survienne.

FACTEURS DE RÉUSSITE ET CONTRAINTES

Au nombre des facteurs de réussite et des facteurs facilitants. Nommons principalement :

- Le climat d'harmonie exemplaire qui règne au sein du département de médecine générale et des membres du DRMG.
- La facilité de tous à faire des compromis pour le bien du fonctionnement global de l'installation.

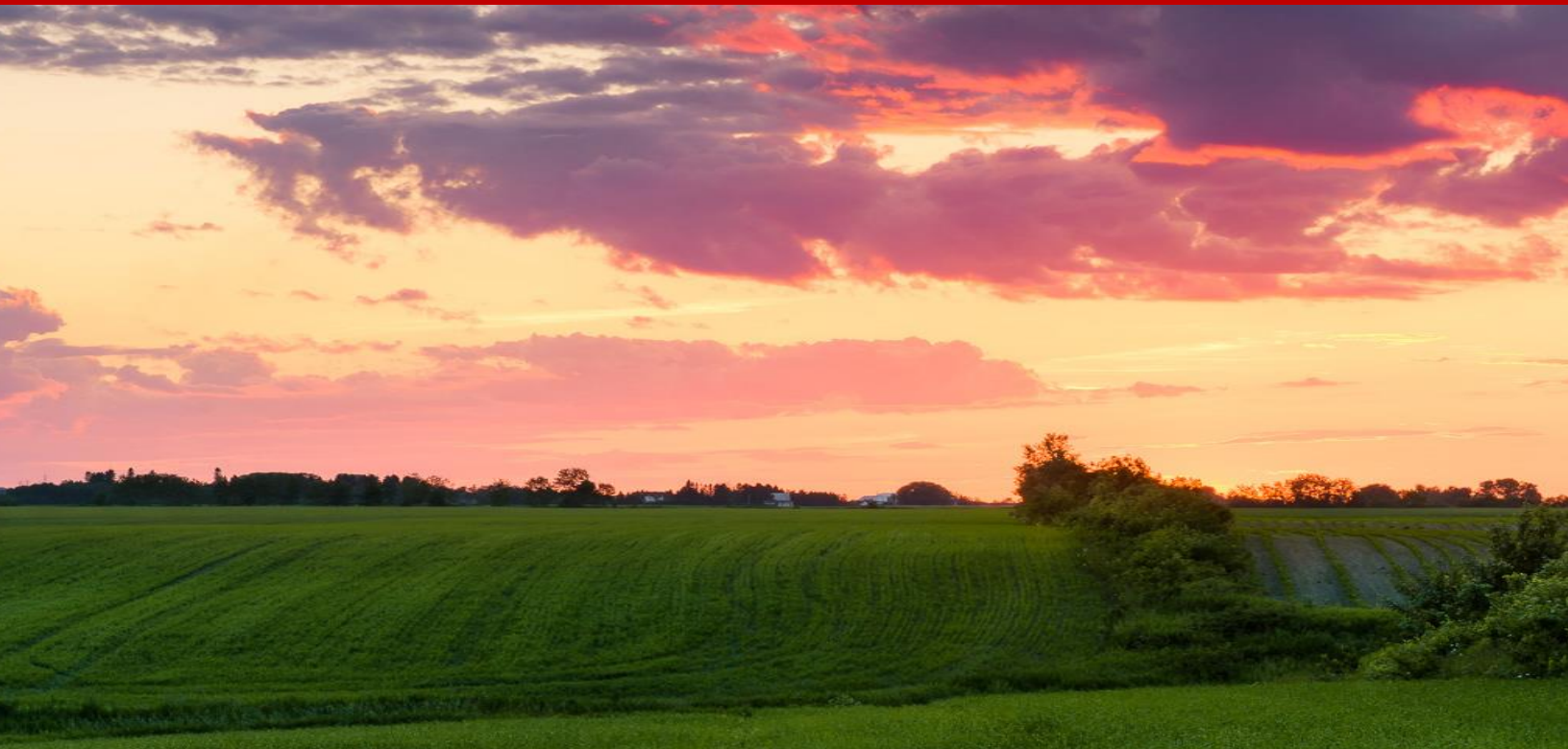
En termes de contraintes. Nommons surtout :

- La grande superficie du territoire. Le tout fait en sorte qu'il est parfois difficile de jumeler les patients du guichet si l'offre de service et les besoins principaux ne proviennent pas du même territoire (exemple vécu : les patients de Roberval refusant d'être pris en charge à St-Félicien).

**PORTRAIT ET BESOINS
PAR RÉSEAU LOCAL DE SERVICES (RLS)**



RLS Maria-Chapdelaine



CARACTÉRISTIQUES GÉOGRAPHIQUES

Le territoire de Maria-Chapdelaine se situe dans la partie Nord-Ouest de la sous-région du Lac-Saint-Jean.

Superficie du territoire

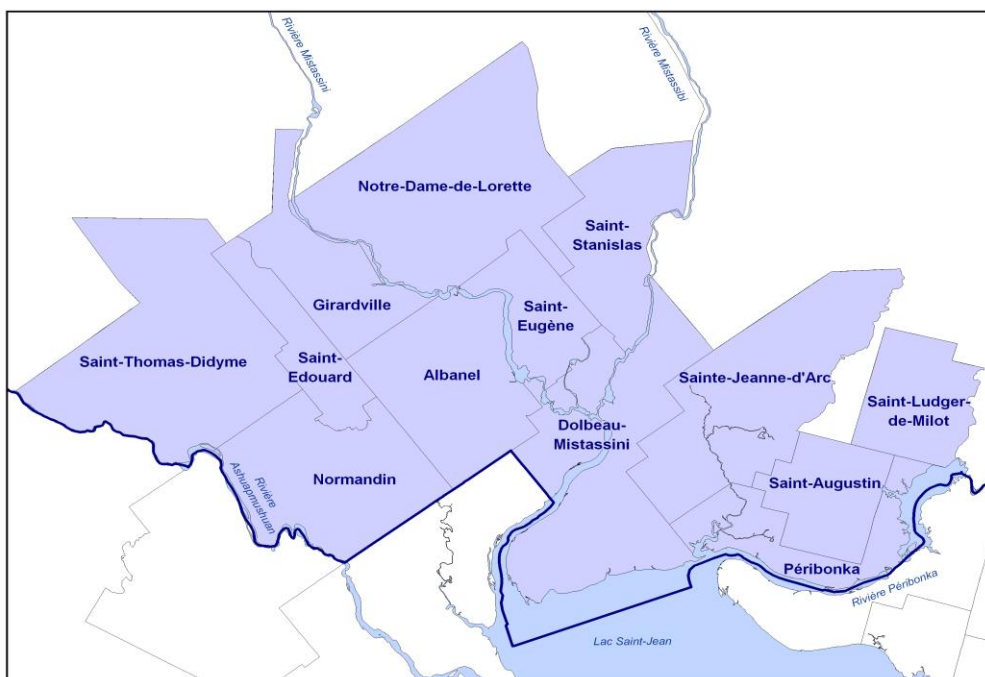
En terre ferme (2016) 35 515 km²

Densité de population : 0,7 habitant/km²

Positionnement géographique du territoire par rapport aux autres de la région

Voir positionnement du territoire sur la carte, page 11 du présent document.

Carte du territoire du RLS



Territoire rural, semi-urbain ou urbain

La majeure partie de la population (plus ou moins 56 %) réside dans la zone urbaine définie par la seule agglomération de Dolbeau-Mistassini. La population rurale se répartit à travers 12 municipalités de moins de 5 000 habitants. Dans ces municipalités rurales, la densité moyenne de la population s'élève à six habitants par km² comparativement à 49 en milieu urbain. (Réf. : portrait de santé 2014 - Territoire de Maria-Chapdelaine).

Distance entre les différents points de service

La distance entre Dolbeau-Mistassini et Normandin est de 81 km. Deux points principaux soient Dolbeau-Mistassini et Normandin pour les services CLSC et GMF avec les principaux villages desservis une fois par semaine pour le GMF.

CARACTÉRISTIQUES DE LA POPULATION

Natalité (2010-2014)¹

		Écart / reste du Québec
Nombre annuel moyen de naissances	255	
Taux de natalité	9,8	(-)

Mortalité (2011-2015)²

		Écart / reste du Québec
Nombre annuel moyen de décès	214	
Taux de mortalité (pour 100 000 personnes)	824,8	n.s.

Projections démographiques³

	2018		2028	
	N	%	N	%
0-5 ans	1 478	5,8 %	1 235	5,1 %
6-11 ans	1 605	6,3 %	1 399	5,8 %
12-17 ans	1 424	5,6 %	1 491	6,1 %
18-44 ans	7 021	27,6 %	5 887	24,3 %
45-64 ans	7 673	30,2 %	5 805	23,9 %
65-74 ans	3 553	14,0 %	4 401	18,1 %
75-84 ans	1 874	7,4 %	2 893	11,9 %
85 ans et +	775	3,1 %	1 148	4,7 %
TOTAL	25 403	100,0 %	24 259	100,0 %

SANTÉ PUBLIQUE

Prévalence des principales conditions chroniques (2015-2016)⁵

	Nombre de cas	% de la population atteinte	Écart / reste du Québec
Hypertension artérielle	6 685	32,8	(+)
Diabète	2 065	8,1	(-)
Cardiopathies ischémiques	2 690	13,2	(+)
Asthme	4 015	15,8	(+)
MPOC (35 ans et plus)	2 700	16,3	(+)
Alzheimer et autres troubles apparentés (45 ans et plus)	370	2,5	n.s.

Incidence du cancer (2006-2010)⁶			
	Nombre de nouveaux cas/an	Taux brut pour 100 000	Écart / reste du Québec
Ensemble des tumeurs	159	600,6	n.s.
Cancer du poumon	27	101,4	n.s.
Cancer du sein (femmes)	15	114,3	n.s.
Cancer colorectal	24	90,0	n.s.
Cancer de la prostate	17	123,0	n.s.
Prévalence annuelle des troubles mentaux (2015-2016)⁵			
	Nombre de cas	% de la population atteinte	Écart / reste du Québec
Ensemble des troubles mentaux	2 870	11,3	n.s.
Troubles anxiodépressifs	1 560	6,2	(-)
Troubles schizophréniques	75	0,3	n.s.
Troubles de la personnalité du groupe B	45	0,2	(-)
TDA/H (1 à 24 ans)	340	5,5	(+)
Trouble du spectre de l'autisme (1 à 24 ans)	30	0,5	(-)
CARACTÉRISTIQUES SOCIO-ÉCONOMIQUES			
Conditions socio-économiques⁴			
	N	%	
Population de 25 à 64 ans n'ayant aucun certificat, diplôme ou grade, 2016	2 625	20,0	
Faible revenu en 2015 fondé sur la mesure de faible revenu après impôt (MFR-Apl), 2016	1660	13,3	
Chômage chez les 15 ans et plus, 2016		13,7	
Prestataires de l'aide sociale, 2018	1 156	6,0	

SERVICES MÉDICAUX GÉNÉRAUX ET AUTRES PROGRAMMES

INSTALLATIONS ET CLINIQUES PRIVÉES

Données extraites du permis du MSSS, avril 2015. (Démarches de conformité des noms et du nombre de lits actuellement en cours avec le MSSS).

Hôpital de Dolbeau-Mistassini

- 48 lits santé physique
- 8 lits gériatrie
- 10 civières à l'urgence

Installations offrant des services de nature « CLSC »

- CLSC et Centre d'hébergement de Normandin
- CLSC et Centre de protection et de réadaptation pour les jeunes en adaptation de Dolbeau-Mistassini

Installations offrant des services de nature « CHSLD »

- CLSC et Centre d'hébergement de Normandin : 33 lits d'hébergement permanent
- CHSLD de Dolbeau-Mistassini : 85 lits d'hébergement permanent

GMF

GMF MARIA-CHAPDELAINE

- Clinique de médecine familiale obstétrique de Mistassini
- Clinique médicale de Mistassini
- Clinique de médecine familiale de Dolbeau
- Centre médical de Dolbeau
- Service médical de Normandin
- Clinique médicale de Girardville
- Clinique médicale de Milot
- CLSC et Centre d'hébergement de Normandin

Nombre de GMF-R (indiquer leurs noms) : N/A

Nombre de GMF-U (indiquer leurs noms) : N/A

Nombre de cliniques qui n'ont pas le statut de GMF

- Toutes les cliniques médicales du territoire font partie du même GMF

Cliniques de grippe : aucune clinique sur le territoire.

Trajectoires spécifiques existantes pour certaines catégories de grands utilisateurs

Aucun service actuellement, lorsque les ressources seront disponibles, un plan sera à faire.

Offres de services spécifiques disponibles dans les GMF

- Nutritionnistes, infirmières et travailleurs sociaux

Vous retrouverez en annexe 6 le tableau de l'horaire du GMF Maria-Chadelaine.

INSCRIPTIONS À UN MÉDECIN DE FAMILLE ET ACCESSIBILITÉ**Nombre de patients inscrits à un médecin de famille (données RAMQ, 14 septembre 2018)**

- 22 836 patients inscrits

Répartition territoriale des inscriptions à un médecin de famille

- 91,94 % de la population

Répartition des personnes vulnérables inscrites auprès d'un médecin de famille (14 septembre 2018)

- Problème de santé mentale : 2 194
- MPOC : 1 497
- MCAS et HTA sévère : 2 287
- Cancer : 1 291
- Diabète excluant le diabète de grossesse : 2 040
- Toxicomanie ou alcoolisme en cours de sevrage : 186
- VIH/sida/hépatite C : 15
- Maladies dégénératives du système nerveux : 352
- Maladies inflammatoires chroniques : 606
- Troubles dépressifs majeurs actifs : 1 083
- Troubles dépressifs majeurs récidivants : 562
- Insuffisance rénale chronique/insuffisance hépatique : 423
- Maladies thrombotiques récidivantes : 176
- Fibrillation auriculaire : 179
- TDAH : 379
- Déficience intellectuelle : 101
- Déficience auditive/visuelle : 20
- Douleur chronique : 1 088
- AVC : 60
- Personnes âgées 70 ans et plus avec un code de vulnérabilité : 3 103
- Personnes ayant plus d'un facteur de vulnérabilité : 3 426
- Nombre de personnes vulnérables : 10 233

Évolution annuelle des inscriptions à un médecin de famille

22 octobre 2018	22 octobre 2017	22 octobre 2016	22 octobre 2015
92,20 %	95,70 %	94,96 %	91,85 %

Nombre d'inscriptions en provenance du GAMF : données non disponibles.

Nombre de visites annuelles à l'urgence dont la priorité de triage est de niveau 4 (P4) et 5 (P5) du 1^{er} avril 2017 au 31 mars 2018

Hôpital de Dolbeau-Mistassini

- Nombre de visites totales à l'urgence : 21 640
- Nombre de visites P4 et P5 : 17 327
- Proportion : 80,1 %

Nombre de visites de patients inscrits à un médecin de famille dans les unités d'urgence de niveau P4-P5, tiré du tableau de la Direction des services d'urgence, MSSS

Portrait quinquennal de la situation dans les unités d'urgence									
Répartition selon différents groupes									
Période 8 (photo)									
Année	Visites totales	Visites priorité 4		Visites priorité 5		Visites avec médecin de famille		Réorientés	
	n	n	%	n	%	n	%	n	%
02 CIUSSS du Saguenay - Lac-Saint-Jean									
Hôpital de Dolbeau-Mistassini									
2014-2015	1 451	566	39,0%	621	42,8%	700	48,2%	2	0,1%
2015-2016*	1 510	594	39,3%	660	43,7%	1 010	66,9%	1	0,1%
2016-2017	1 580	591	37,4%	707	44,7%	1 147	72,6%	1	0,1%
2017-2018	1 614	796	49,3%	491	30,4%	1 289	79,9%	1	0,1%
2018-2019	1 600	740	46,3%	582	36,4%	1 235	77,2%	1	0,1%

Taux d'assiduité par clinique et par GMF (15 août 2018)

- GMF Maria-Chadelaine : 79,1 %

Heures d'ouverture en heures défavorables et taux de patients vus en heures défavorables

- Lundi au jeudi : 8 h à 21 h, vendredi : 8 h à 17 h et samedi : 8 h à 12 h

Nombre de visites dans les GMF-réseau : N/A

Nombre de visites à domicile pour les médecins en CLSC : aucune équipe formelle actuellement

EFFECTIFS MÉDICAUX

Référence : tableau exploratoire pour évaluer le besoin à combler par territoire. Voir méthodologie de calcul. Source : données RAMQ, octobre 2016 à septembre 2017.

Nombre de médecins de famille installés : 32

Proportions de médecins de 65 ans ou plus : 14 %

Répartition des effectifs médicaux (ETC)

- Première ligne : 15,1
- CHSLD : 0,6
- Total en service de proximité : 15,8
- Patients admis : 5
- Soins intensifs : 0,6

- Soins palliatifs en CH : 0,1
- Obstétrique : 0,8
- Urgence : 8,7
- CH autres : 0,9
- Total en service de spécialisé : 16,2
- Santé publique : 0,1
- Activités médico-administratives : 0,3

Ratio patients/médecins

Médecins ratio service de proximité : 18 853 patients par médecin en services de proximité

Ratio patients/médecins total : 851 patients

Indice de besoin en effectifs médicaux (correspond au rapport entre le nombre de médecins de famille et le besoin de famille sur un territoire donné) au 31 août : 0,93

Caractéristique des effectifs médicaux

Urgence 0-5 ans	5-10 ans	Plus de 10 ans
5 médecins	5 médecins	aucun
Hospitalisation 0-5 ans	5-10 ans	Plus de 10 ans
6 médecins	4 médecins	4 médecins
Obstétrique 0-5 ans	5-10 ans	Plus de 10 ans
2 médecins	1 médecin	2 médecins
CHSLD 0-5 ans	5-10 ans	Plus de 10 ans
Aucun	1 médecin	3 médecins

Prise en charge (cabinet) 0-5 ans	5-10 ans	10-20 ans	Plus de 20 ans	40 ans et plus
4 médecins	3 médecins	4 médecins	15 médecins	3 médecins

Heure en deuxième ligne

1-5 ans	5-10 ans	10-20 ans	Plus de 20 ans
4 médecins TP 3 médecins 50 % 1 médecin 33 %	2 médecins TP 4 médecins 66 % 1 médecin 33 %	1 médecin 33 % 1 médecin 0 %	5 médecins 33 % 10 médecins 0 % du temps en 2 ^e ligne

Pratiques spécifiques

Épreuve d'effort, chirurgie mineure, santé au travail, vasectomie, installation pessaire, infiltration, installation stérilets.

GUICHET D'ACCÈS À UN MÉDECIN DE FAMILLE**Nombre de personnes enregistrées au GAMF (données RAMQ 17 septembre 2018)**

- 1 108 totales
- 1 016 non attribuées et 92 attribuées

Évolution du nombre de personnes sur le GAMF (22 juin 2016)

- 217 personnes totales
- 110 non attribuées et 107 attribuées

Le 1^{er} juin 2017

- 730 personnes totales
- 552 non attribuées et 178 attribuées

Répartition du nombre de personnes sur le GAMF selon leur priorité (17 septembre 2018)

A	B	C	D	E
22	64	632	97	293

Délai moyen d'inscription en jours au GAMF selon la condition de santé (21 septembre 2018)

A	B	C	D	E
111,5	196,2	191,7	151,3	144,6

Moyenne : 177,5 jours

Actions en cours pour vider le GAMF

Une réorganisation régionale du fonctionnement du GACO a eu lieu, le nouveau fonctionnement a débuté le 8 janvier 2018. (Centralisation des réponses téléphoniques pour une plus grande réponse aux usagers et aux médecins, harmonisation des pratiques, révision des processus d'aiguillages usagers). Actuellement, la phase deux du projet est en cours. Il s'agit de faciliter la prise en charge par les médecins de famille, des usagers présentant une problématique complexe (santé mentale, dépendance) en leur offrant des services interprofessionnels adaptés à leur situation. La reprise des rencontres GACO regroupant les différents médecins coordonnateurs de la région, les gestionnaires et les personnes cliniques permettra d'actualiser les pratiques afin de soutenir les GACO dans l'accompagnement des patients et leur attribution et de mobiliser les médecins à prendre en charge les patients.

ACTIVITÉS MÉDICALES PARTICULIÈRES (AMP)

- Liste des AMP : urgence, hospitalisation et obstétrique, pouvant être mixte avec prise en charge.
- Évolution des AMP : données non disponibles.
- Répartition des AMP (AMP disponible octobre 2018) : urgence, hospitalisation courte durée et prise en charge, si mixte.
- Fréquence de révision des AMP : biannuelle.

ACTIVITÉS ACADÉMIQUES

Le RLS accueille actuellement deux externes de l'Université de Sherbrooke et deux résidents de l'Université de Montréal et s'implique activement dans l'enseignement.

ACTIVITÉS DANS D'AUTRES PROGRAMMES

- Santé au travail : équipe du réseau santé au travail.
- Soins palliatifs à la Maison Colombe-Veilleux.
- Échographies obstétricales.

IDENTIFICATION DES BESOINS**PROBLÉMATIQUES ACTUELLES ET ANTICIPÉES****Problématique d'inscription et d'accès à un médecin de famille**

L'accès à un médecin de famille peut être difficile pour une partie des personnes en attente : prisonniers, RAMQ expirée ou tentative de mise à jour sans retour d'appel. Les usagers sans médecin de famille n'ont pas accès aux cliniques sans rendez-vous pour des problématiques de priorité ne nécessitant pas de se rendre à l'urgence, sauf les patients récemment orphelins, le GMF accepte de les dépanner le temps de leur prise en charge.

Problématique de recrutement/rétention de médecins de famille

Seul le territoire de Dolbeau-Mistassini vit actuellement une difficulté en lien avec le recrutement ou la rétention des médecins de famille. Il est nécessaire d'avoir des ressources pour faire visiter, et expliquer le milieu éloigné des plus grands centres pour attirer davantage de recrues. Le travail nécessaire demande une équipe complète de recrutement principalement par les médecins de famille ou spécialistes.

Problématique de délai d'attente au GAMF

Il est très difficile de respecter les délais d'attente du MSSS dans la quasi-totalité des cas. Les nombreuses voies parallèles de prise en charge de patients semblent avoir un effet pervers important sur la prise de patients à partir du GACO, et ce, même chez les nouveaux médecins. Les patients du GACO demeurent plus longtemps au GAMF. Peu de nouveaux arrivants utilisent la Lettre d'entente 321 (trop grands nombres de patients pour un médecin débutant, risque trop important de demandes de rendez-vous rapide chez la clientèle qui attend déjà depuis longtemps). Les nombreuses voies d'entrées permises pour la prise en charge de nouveaux patients par les médecins ne permettent pas de vider les guichets (inégalités des clients au GACO qui attendent depuis très longtemps).

Problématique de référence ou de délai pour l'accès aux services spécialisés

L'accès au service en spécialité a été amélioré avec la mise en place du CRDS, mais son fonctionnement a besoin d'être amélioré. Il est difficile d'avoir accès à un avis rapide sans nécessairement avoir besoin d'une visite chez le médecin spécialiste. Les spécialistes sont à Chicoutimi, donc les patients doivent nécessairement se déplacer sur un trajet de deux heures pour aller voir certains spécialistes.

Problématique de découverte médicale dans certains secteurs

Dans un premier temps, les besoins en AMP principaux sont toujours comblés pour la médecine familiale. Il existe des découvertes en spécialités : anesthésie, médecine interne, chirurgie et pédiatre qui augmentent le travail des médecins de famille surtout à l'hôpital (hospitalisations, urgence et obstétrique).

BESOINS EN EFFECTIFS MÉDICAUX ET AUTRES PROFESSIONNELS

Départs ou retraites prévisibles : 7-10 médecins dans les 5 prochaines années

Effectifs médicaux manquants en première ligne

Pour combler besoin actuel

- GMF Maria-Chapdelaine : 4 ETP

Effectifs médicaux manquants en établissement

Pour combler besoin actuel

- Urgence Hôpital Dolbeau-Mistassini : 0,5 ETP
- Hospitalisation Hôpital Dolbeau-Mistassini : 1 ETP
- CHSLD : 0,3 ETP

Effectifs professionnels requis pour améliorer l'accessibilité des services et optimiser la prise en charge

- Psychologue (aucun disponible sur le territoire actuellement)
- IPS
- Infirmières cliniciennes
- Travailleurs sociaux et psychoéducateurs
- Physiothérapeutes

OBJECTIFS POURSUIVIS

Objectif 1 : prise en charge et accès aux professionnels médicaux et non médicaux

ACTIONS ET MOYENS

- Réévaluer les processus d'accès aux différents professionnels médicaux et non médicaux pour s'assurer d'une consultation à la bonne personne au bon moment.
- Centraliser l'accès sur le patient et non le professionnel.
- Organiser le soutien à domicile en collaboration avec les médecins, infirmières et autres professionnels.
- Soutien dans la prise en charge et le suivi des patients vulnérables ou ayant des besoins particuliers.
- Favoriser l'accès adapté pour tous les professionnels médicaux et non médicaux.
- Favoriser le recrutement de médecins avec une pratique polyvalente.
- Favoriser le recrutement de professionnels non médicaux en 1^{er} ligne.

RÔLES ET RESPONSABILITÉS
- Chef GMF et GMF : réévaluation des trajets d'accès, disponibilité des professionnels. - DRMG : suivi d'évolution et collaboration dans l'amélioration de l'accès, organisation des soins à domicile en collaboration avec les équipes infirmières et psychosociales. - DSP : suivi de l'évolution et collaboration à l'ensemble du projet. - Chef urgence : processus d'accès des patients non prioritaires ou ayant besoin de suivi. - Comité de recrutement : recrutement des médecins. - Médecins : favoriser une ambiance de travail agréable, participer à l'amélioration des services au patient. - CIUSSS : soutenir les médecins et autres professionnels.
ÉCHÉANCES
5 ans
FACTEURS DE RÉUSSITE ET CONTRAINTES
- Accès ressources matériels et humaines. - Collaboration entre les différents services intra et extra CIUSSS. - Communication entre les différents acteurs. - Disponibilités des ressources en terme de temps.

SUIVI ET ÉVALUATION

Cibles intermédiaires

Mise en place d'un tableau de bord avec des indicateurs d'accès aux services régionaux de première ligne et suivi par le DRMG.

Assurer la diffusion de l'information concernant les spécificités des données cliniques de chacun des territoires et développer une meilleure utilisation de ses données pour la planification des services à la population.

Bilan annuel de l'avancement des objectifs du PROS à produire. Révision du plan action.

Indicateurs de performance

- Suivi du plan régional d'effectifs médicaux (PREM).
- Taux d'inscription à un médecin de famille.
- Suivi du nombre de P4-P5 vu à l'urgence.
- Taux assiduité.
- Indicateurs du GACO (en nombre et temps d'attente).

CONCLUSION

Le Plan régional d'organisation des services médicaux généraux du Saguenay–Lac-Saint-Jean (PROS) avec son portrait de la population et des services médicaux de première ligne démontre que la santé de la population régionale s'est améliorée dans la dernière décennie, mais que les défis de santé et d'organisation régionale sont encore grands. Le réseau de la santé continuellement en changement doit aussi s'adapter aux besoins de la population qui évoluent.

Les balises régionales sont ainsi mises en place pour que les médecins de famille, en suivi de la santé globale des patients présentant une complexité grandissante de conditions médicales, puissent continuer à travailler à l'amélioration des soins et services à la population en partenariat avec les médecins spécialistes et les différents professionnels de la santé.

Pour arriver aux résultats escomptés, il est primordial d'instaurer des processus de travail, créer des conditions propices et des canaux de communication fluides robustes pour maintenir une discussion franche entre les partenaires. Une saine gestion du changement exigera d'utiliser judicieusement les ressources du milieu, de même que l'expertise de tous les acteurs impliqués.

ANNEXE 1

Horaire des GMF RLS La Baie (novembre 2018)

	GMF Clinique médicale de La Baie	GMF du Fjord	
		Clinique médicale des 21	Clinique médicale du Bas Saguenay
Lundi	8 h à 12 h 13 h à 18 h	8 h à 20 h	Fermé
Mardi	8 h à 12 h 13 h à 20 h 30	8 h à 20 h	9 h à 17 h
Mercredi	8 h à 12 h 13 h à 20 h 30	8 h à 20 h	9 h à 17 h
Jeudi	8 h à 12 h 13 h à 18 h	8 h à 20 h	9 h à 17 h
Vendredi	8 h à 12 h 13 h à 16 h 30	8 h à 17 h	9 h à 17 h
Samedi	Fermé	Fermé	9 h à 12 h (1 sem./2)
Dimanche	Fermé	Fermé	Fermé
Commentaires		* Pour le SANS rendez-vous, vous devez vous rendre à la clinique pour prendre rendez-vous.	

ANNEXE 2

Horaire des GMF RLS de Chicoutimi (Novembre 2018)

	GMF Sydenham	GMF des Rivières		GMF-U Chicoutimi	GMF Montcalm	GMF Saguenay
		Clinique Barrette	Clinique Rivière du Moulin			
Lundi	7 h 30 à 19 h 30	8 h à 17 h	7 h à 20 h	8 h à 20 h 15	7 h à 19 h 30	7 h à 19 h 30
Mardi	7 h 30 à 19 h 30	7 h à 20 h	8 h à 17 h	8 h à 20 h 15	7 h à 19 h 30	7 h à 19 h 30
Mercredi	7 h 30 à 19 h 30	8 h à 17 h	7 h à 20 h	8 h à 20 h 15	7 h à 19 h 30	7 h à 19 h 30
Jeudi	7 h 30 à 19 h 30	7 h à 20 h	8 h à 17 h	8 h à 20 h 15	7 h à 19 h 30	7 h à 19 h 30
Vendredi	7 h 30 à 17 h 30	8 h à 12 h alternance 12 h à 17h **	8 h à 12 h alternance 12 h à 17h **	8 h à 17 h	7 h à 17 h	7 h à 17 h
Samedi	*	Alternance entre les deux sites du GMF 8 h à 12h		8 h à 13 h *	8 h à 12 h	*
Dimanche	*	*	*	8 h à 13 h *	*	8 h à 12 h
Commentaires	*Les samedis et dimanches, vous devez téléphoner au GMF-UMF de Chicoutimi dès 7 h 30 au 418 541-1079 Pour les plages horaires du SANS rendez-vous du lundi au vendredi, vous devez téléphoner à partir de 7 h 30 * Les plages horaires AVEC et SANS rendez-vous sont réservées pour les clients inscrits à la clinique seulement	**Les vendredis de 12 h à 17 h et les samedis de 8 à 12 h les sites du GMF des Rivières sont ouverts en alternance pour leurs patients Vous pouvez donc consulter l'horaire sur le portail santé mieux être à l'adresse : http://sante.gouv.qc.ca/repertoire-ressources/ *Les dimanches, les patients du GMF des Rivières doivent se présenter au GMF Saguenay		Les plages horaires de fins de semaine sont réservées pour les clients inscrits au GMF-U de Chicoutimi et de la clinique de médecine familiale de Chicoutimi-Nord (Sydenham) Vous devez téléphoner dès 7 h 30 et les places sont limitées Le SANS rendez-vous de fins de semaine a toujours lieu au GMF-U de Chicoutimi pour les deux sites	Les samedis, notre clinique accueille les patients inscrits du GMF Montcalm et du GMF Saguenay Les dimanches, les patients doivent se présenter au GMF Saguenay	Les samedis, les patients du GMF Saguenay doivent se présenter au GMF Montcalm Les dimanches, notre clinique accueille les patients inscrits du GMF Saguenay, GMF Montcalm et du GMF des Rivières

* Entente avec un autre GMF

** Alternance dans les deux sites du GMF des Rivières

ANNEXE 3

Horaire des GMF RLS de Jonquière (novembre 2018)

	GMF Jonquière			GMF Cyriac						
	Clinique de médecine familiale Jonquière	Clinique médicale des Roitelets	Clinique du Dre Élisabeth Stumpf	Clinique médicale Mellon 1	Clinique médicale Mellon 2	Clinique médicale du Dr Donald Boulianne	CLSC de Jonquière	Clinique médicale Place des Chemins	Clinique médicale de la Cité	Clinique familiale Arvida
Lundi	8 h à 20 h	8 h à 16 h	8 h 30 à 16 h	7 h 45 à 20 h	8 h à 17 h	13 h à 17 h	8 h à 12 h 13 h à 16 h	8 h 30 à 12 h 13 h à 17 h	7 h 45 à 16 h 30	7 h 30 à 11 h 30 13 h à 16 h 0
Mardi	8 h à 20 h	8 h à 16 h	Visite à domicile	7 h 45 à 17 h	8 h à 17 h	8 h 30 à 12 h 13 h à 17 h	8 h à 12 h 13 h à 16 h	8 h 30 à 12 h 13 h à 17 h	7 h 45 à 16 h 30	7 h 30 à 11 h 30 13 h à 16 h 0
Mercredi	8 h à 20 h	8 h à 16 h	Visite à domicile	7 h 45 à 17 h	8 h à 17 h	8 h 30 à 12 h 13 h à 17 h	8 h à 12 h 13 h à 16 h	8 h 30 à 12 h 13 h à 17 h	7 h 45 à 16 h 30	7 h 30 à 11 h 30 13 h à 16 h 0
Jeudi	8 h à 20 h	8 h à 16 h	Visite à domicile	7 h 45 à 17 h	8 h à 17 h	8 h 30 à 12 h 13 h à 17 h	8 h à 12 h 13 h à 16 h	8 h 30 à 12 h 13 h à 17 h	7 h 45 à 16 h 30	7 h 30 à 11 h 30
Vendredi	8 h à 20 h	8 h à 12 h	8 h 30 à 16 h	7 h 45 à 17 h *17 h à 20 h	8 h à 17 h *17 h à 20 h	Fermé	8 h à 12 h 13 h à 16 h *17 h à 20 h	8 h 30 à 12 h 13 h à 17 h *17 h à 20 h	7 h 45 à 16 h 30 *17 h à 20 h	Fermé
Samedi	8 h à 12 h	8 h à 12 h	8 h 30 à 16 h	<i>voir calendrier</i>	<i>voir calendrier</i>	<i>voir calendrier</i>	<i>SRV pour lieu</i>	<i>voir calendrier</i>	<i>SRV pour lieu</i>	<i>SRV pour lieu</i>
Dimanche	8 h à 12 h	8 h à 12 h	Fermé	<i>voir calendrier</i>	<i>voir calendrier</i>	<i>voir calendrier</i>	<i>SRV pour lieu</i>	<i>voir calendrier</i>	<i>SRV pour lieu</i>	<i>SRV pour lieu</i>
Commentaires	* Les plages horaires SANS rendez-vous sont disponibles uniquement pour la clientèle inscrite à la clinique des Roitelets ou le GMF de Jonquière * Vous devez téléphoner à la clinique à partir de 8 h pour obtenir une consultation médicale SANS rendez-vous * Les plages horaires AVEC rendez-vous sont réservées pour la clientèle inscrite à la clinique seulement * Les samedis et les dimanches, la clinique est ouverte à partir de 8 h en alternance, soit une fin de semaine sur deux, avec la clinique de médecine familiale de Jonquière (clientèle inscrite seulement)			* Pour le SANS rendez-vous de 17 h à 20 h, les jours de semaine ainsi que les samedis et dimanches de 8 h à 12 h, les cliniques sont ouvertes en alternance dans les différents sites du GMF pour toute la clientèle du GMF Vous pouvez donc consulter l'horaire sur le portail santé mieux être à l'adresse : http://sante.gouv.qc.ca/repertoire-ressources/ * Pour les plages horaires SANS rendez-vous : vous pouvez vous inscrire sur le site Internet du GMF Cyriac ou vous présenter à la clinique afin de remplir un formulaire (téléphoner à la clinique avant tout déplacement) afin d'avoir un rendez-vous parmi les 6 cliniques faisant partie du GMF Cyriac. Lors des jours fériés et des jours fermés de la clinique, une affiche sur la porte vous indique l'endroit où vous présenter pour le SANS rendez-vous * Les plages horaires AVEC et SANS rendez-vous sont réservées pour la clientèle inscrite aux cliniques du GMF Cyriac seulement * Présence d'une infirmière en alternance avec les 6 cliniques tous les jours de 8 h à 12 h et de 13 h à 16 h et le mardi de 11 h à 18 h						

ANNEXE 4

Horaire des GMF RLS de Alma (novembre 2018)

	GMF Alma				GMF Lac-Saint-Jean-Est			
	Clinique médicale d'Alma	Clinique médicale St-Judes	Clinique médicale Delisle	Clinique médicale Hébertville	Clinique médicale Métabetchouan	Clinique médicale du Manoir	Clinique de médecine générale d'Alma	GMF-U Alma
Lundi	8 h à 20 h	7 h à 14 h	8 h à 17 h 30	8 h 30 à 17 h	8 h à 17 h	8 h à 17 h	8 h à 17 h	8 h à 20 h
Mardi	8 h à 20 h	7 h à 14 h	8 h à 17 h 30	8 h 30 à 17 h	8 h à 17 h	8 h à 20 h	8 h à 17 h	8 h à 17 h
Mercredi	8 h à 20 h	7 h à 14 h	8 h à 17 h 30	<i>Fermé</i>	8 h à 17 h	8 h à 17 h	8 h à 20 h	8 h à 17 h
Jeudi	8 h à 20 h	7 h à 14 h	8 h à 17 h 30	<i>Fermé</i>	8 h à 20 h	8 h à 17 h	8 h à 17 h	8 h à 17 h
Vendredi	8 h à 20 h	7 h à 11 h	8 h à 15 h	<i>Fermé</i>	8 h à 17 h 17 h à 20 h *	8 h à 17 h 17 h à 20 h *	8 h à 17 h 17 h à 20 h *	8 h à 17 h 17 h à 20 h *
Samedi	8 h à 12 h	<i>Fermé</i>	<i>Fermé</i>	<i>Fermé</i>	*En alternance selon l'horaire	* En alternance selon l'horaire	* En alternance selon l'horaire	* En alternance selon l'horaire
Dimanche	8 h à 12 h	<i>Fermé</i>	<i>Fermé</i>	<i>Fermé</i>	En alternance selon l'horaire	En alternance selon l'horaire	En alternance selon l'horaire	En alternance selon l'horaire
Commentaires	* Pour les plages horaires SANS rendez-vous : du lundi au vendredi : vous pouvez téléphoner ou vous déplacer à la clinique dès 8 h afin d'avoir une place dans la journée Les samedis et dimanches ainsi que les jours fériés : vous devez téléphoner dès 8 h afin d'avoir une place dans la journée	* Les samedis et dimanches ainsi que les jours fériés : vous pouvez téléphoner à la clinique médicale d'Alma au 418 668-6121 dès 8 h afin d'avoir une place dans la journée			* Vendredi soir de 17 h à 20 h, samedi et dimanche de 8 h à 12 h les cliniques sont ouvertes en alternance dans les différents sites du GMF pour toute la clientèle du GMF. Un système de rotation pour les sans rendez-vous de 17 h à 20 h est aussi instauré (susceptible de changer selon l'horaire de garde des médecins) Vous pouvez donc consulter l'horaire sur le portail santé mieux être à l'adresse : http://sante.gouv.qc.ca/repertoire-ressources/			

ANNEXE 5

Horaire du GMF RLS Domaine-Du-Roy (novembre 2018)

	GMF Les Myrtilles du Lac				
	Clinique médicale de Roberval (1)	Clinique médicale de Saint-Prime (2)	Clinique médicale Olivier Vien (3)	Centre médical Saint-Félicien (4)	CLSC de Saint-Félicien (5)
Lundi	8 h à 16 h	8 h à 20 h	8 h à 17 h	8 h à 17 h	8 h à 12 h
Mardi	8 h à 16 h	8 h à 16 h	8 h à 20 h	8 h à 17 h	8 h à 12 h
Mercredi	8 h à 16 h	8 h à 16 h	8 h à 17 h	8 h à 20 h	8 h à 12 h
Jeudi	8 h à 20 h	8 h à 16 h	8 h à 17 h	8 h à 17 h	8 h à 12 h
Vendredi	8 h à 16 h	8 h à 16 h	8 h à 17 h	8 h à 17 h	8 h à 12 h
Samedi	<i>8 h à 16 h en alternance entre les sites 1, 2, 3 et 4</i>				<i>Fermé</i>
Dimanche	<i>Fermé</i>	<i>Fermé</i>	<i>Fermé</i>	<i>Fermé</i>	<i>Fermé</i>
Commentaires	Les plages horaires SANS rendez-vous sont pour tous les types de clientèle (inscrit et non inscrit) Horaire de rotation disponible sur le portail santé mieux être à l'adresse suivante : http://sante.gouv.qc.ca/repertoire-ressources/				

ANNEXE 6

Horaire des GMF RLS Maria-Chapdelaine (novembre 2018)

	GMF Maria-Chapdelaine							
	Clinique de médecine familiale obstétrique de Mistassini	Clinique médicale de Mistassini	Clinique de médecine familiale de Dolbeau	Centre médical de Dolbeau	Service médical de Normandin	Clinique médicale de Girardville	Clinique médicale de Milot	CLSC et Centre d'hébergement de Normandin
Lundi	8 h à 21 h	8 h à 17 h	8 h 30 à 16 h 30	8 h à 17 h	9 h à 12 h	13 h à 16 h 30	Fermé	Fermé
Mardi	9 h à 17 h	8 h à 21 h	8 h 30 à 16 h 30	8 h à 17 h	9 h à 16 h	13 h à 16 h 30	9 h 30 à 17 h	9 h à 15 h 30
Mercredi	9 h à 17 h	8 h à 21 h	8 h 30 à 16 h 30	8 h à 17 h	8 h à 17 h	12 h 30 à 16 h	Fermé	Fermé
Jeudi	9 h à 17 h	8 h à 17 h	8 h 30 à 16 h 30	8 h à 21 h	12 h 30 à 20 h	Fermé	Fermé	9 h à 15 h 30
Vendredi	9 h à 17 h	8 h à 16 h	8 h 30 à 16 h 30	8 h à 17 h	Fermé	Fermé	Fermé	Fermé
Samedi	8 h à 12 h * en alternance	8 h à 12 h * en alternance	Fermé	8 h à 12 h * en alternance	Fermé	Fermé	Fermé	Fermé
Dimanche	Fermé	Fermé	Fermé	Fermé	Fermé	Fermé	Fermé	Fermé
Commentaires	* Vous devez téléphoner au 418 979-1999 pour prendre rendez-vous et savoir à quelle clinique médicale vous présenter le samedi de 8 h à 12 h. En semaine, les plages horaires SANS rendez-vous varie selon l'horaire des différents sites du GMF.							

ANNEXE 7

Bilan de la vision du DRMG 2018

Résumé de la vision de l'organisation des services de première ligne du DRMG (2008) et évolution jusqu'à aujourd'hui

En 2008, le DRMG du Saguenay–Lac-Saint-Jean avait amorcé une réflexion sur l'organisation des services de première ligne. Différentes recommandations permettant d'envisager une première ligne plus solide et plus performante avaient alors été ressorties.

Depuis cette réflexion, l'organisation des services médicaux de première ligne a évolué sur le territoire du Saguenay–Lac-Saint-Jean. Certaines recommandations du DRMG se sont concrétisées et différents projets ont vu le jour. La section ci-dessous présente les recommandations issues de la réflexion du DRMG en 2008 ainsi qu'un état de situation illustrant le portrait actuel.

Thème : Une structure à bonifier

Recommandations DRMG 2008

- Que les CSSS réfléchissent avec les médecins de famille de leur territoire sur les moyens d'améliorer l'accès au plateau technique.
- Qu'un mécanisme d'accueil clinique soit implanté dans chaque territoire avec les corridors de services intrarégionaux essentiels au bon fonctionnement d'un tel dispositif.

Thème : Informatisation

Recommandations DRMG 2008

- Que les résultats de laboratoire et de radiologie soient rendus accessibles pour tous les médecins de famille en cabinet de la région.
- Que des moyens soient prévus pour supporter concrètement l'informatisation des cabinets.
- Que les logiciels qui seront implantés dans les réseaux permettent l'élaboration de registres cliniques.

État de situation

- Chaque GMF utilise maintenant les dossiers médicaux électroniques (DMÉ). Son utilisation est d'ailleurs une exigence ministérielle faisant partie du cadre de gestion des GMF. Le MSSS demande qu'un minimum de 75 % des médecins de GMF utilise cette technologie.
- Actuellement, plusieurs médecins utilisent le DMÉ. Il reste par contre du travail à faire afin que davantage de médecins l'intègrent à leur pratique.

Thème : Les modes d'organisation de la pratique

Recommandations DRMG 2008

- La mise en place des moyens pour les médecins de se familiariser avec les ordonnances collectives, par le biais, par exemple, d'ateliers de formation.
- L'élaboration des mécanismes d'échange d'ordonnances collectives.

Thème : Les groupes de médecine de famille

Recommandations DRMG 2008

- Que le processus d'accréditation soit allégé tant au niveau du MSSS que de l'Agence.
- De mettre en place des moyens pour potentialiser le travail de l'infirmière (banque de protocoles, formation spécifique pour infirmières GMF, échanges interétablissements).

État de situation

- Avec la réorganisation du réseau de la santé et l'abolition des agences, le MSSS a développé un nouveau cadre de gestion pour les GMF qui clarifie les nouvelles attentes ministérielles.

Thème : La clinique réseau

Recommandations DRMG 2008

- Que le potentiel des cliniques réseau soit exposé aux médecins du territoire.
- Que des cliniques réseau soient mises en place dans chaque territoire de la région.

Thème : Trajectoire des maladies chroniques

Recommandations DRMG 2008

- Que les moyens de communication entre la trajectoire et les médecins de famille soient bonifiés.
- Que l'ajout d'autres maladies chroniques s'effectue après la potentialisation des trajectoires actuelles.

Thème : Liens avec les spécialistes

Recommandation DRMG 2008

- Que des outils soient développés afin d'améliorer les moyens de communication entre les médecins de famille et les spécialistes (plates-formes informatiques, protocoles).

État de situation

- Le CIUSSS du Saguenay–Lac-Saint-Jean a eu pour mandat, dans le cadre du projet de l'accès priorisé aux services spécialisés (APSS), de mettre en place un Centre de répartition des demandes de services (CRDS) visant à améliorer l'accès aux services spécialisés pour les usagers. Ce projet soutient notamment les médecins de famille dans leurs références vers les services spécialisés.
- Depuis le 31 octobre, les médecins de famille du Saguenay–Lac-Saint-Jean envoient au CRDS leurs demandes de première consultation en spécialité pour leurs patients. Le CRDS assure par la suite la prise de rendez-vous auprès des médecins spécialistes.
- Phase 1 : 9 spécialités : 31 octobre 2016 : cardiologie, gastro-entérologie, neurologie, pédiatrie générale, ORL, orthopédie, ophtalmologie, urologie
- Phase 2 : 7 spécialités ajoutées : 4 septembre 2018 : chirurgie générale, chirurgie vasculaire, hémato-oncologie, physiothérapie, rhumatologie, médecine interne, neurochirurgie
- Nouveautés : transmission électronique des demandes de consultation ainsi que les PDF des examens qui ne se retrouvent pas au DSQ
- Avantages : lorsque votre transmission est réussie, vous vous assurez de la conformité de votre demande. Au CRDS dans la dernière année : 31 octobre 2017 au 16 octobre 2018 : nombre demandes reçues : 23 821 et nombre de rendez-vous donnés : 20 194.

Thème : Les autres intervenants de première ligne

Recommandations DRMG 2008

- Que la possibilité d'améliorer les liens entre les médecins de famille et les autres intervenants de la première ligne soit étudiée.
- Le transfert partiel des travailleurs sociaux, nutritionnistes, psychologues et autres intervenants de la première ligne vers les cabinets médicaux.

État de situation

- Le CIUSSS, suite aux demandes ministérielles et en collaboration avec les médecins responsables des GMF, travaille actuellement à l'intégration des professionnels en GMF. Suite à l'entrée en vigueur du programme de financement et de soutiens pour les professionnels en GMF, en plus des 38 infirmières et 21 travailleurs sociaux, les GMF ont intégré dans leurs cliniques comme autres professionnels inhalothérapeute : 1,5 psychologues, 3,5 nutritionnistes, 4,5 kinésologues, ainsi que 6 Infirmières cliniciennes.

Thème : Guichet d'accès

Recommandation DRMG 2008

- La mise en place d'un mécanisme d'accès pour les clientèles orphelines sur chaque territoire, tel que proposé par le MSSS.

État de situation

Les guichets d'accès pour les clientèles orphelines (GACO) mis en place en 2008, continuent d'exister et continuent d'assumer leur rôle : ce sont eux qui sont responsables des demandes d'utilisateurs en recherche d'un médecin de famille.

En avril 2016, suite à la mise en place du cadre de référence provincial des guichets d'accès pour la clientèle sans médecin de famille, une réorganisation du GACO au niveau régional était devenue nécessaire. En janvier 2018, le fonctionnement révisé a débuté. (Réponse téléphonique du personnel centralisée, révision du processus d'aiguillage usagers/médecins harmonisé régionalement, et ce, tout en maintenant une coordination médicale locale par territoire.

Thème : Coordonnateur médical local

Recommandation DRMG 2008

- La nomination d'un coordonnateur médical dans chaque territoire.

État de situation :

- Tel que recommandé par le DRMG, il y a eu la nomination d'un coordonnateur médical local dans chacun des territoires de la région du Saguenay–Lac-Saint-Jean. Les coordonnateurs sont toujours en fonction à ce jour.

ANNEXE 8

Région : 02 SAGUENAY - LAC-SAINT-JEAN																									
Établissement : CIUSSS du Saguenay-Lac-Saint-Jean																									
Sous-Territoire	Installations	No Inst.	Urg.	CD/ Hospit. (incluant UCDG)	Obst.	Soins int. (unité ≤ 6 lits)	LD	Soins palliatifs	IVG	Programmes généraux	Services en CLSC			Centre de réadaptation et CPEI (Voir commentaire)	Santé Publique (Voir commentaire)	Autres (Voir commentaire)	GMF-U*	Commentaires établissement							
										Prise en charge en CLSC (incluant SAD)	SIAD (incluant garde 24/7)	Soins palliatifs (incluant garde 24/7)	Autres (Voir commentaire)												
RLS du Domaine-du-Roy	ATELIER DE L'AÉROPORT	52395555																							
RLS du Domaine-du-Roy	ATELIER DE SAINT-FÉLICIEN	51216372																							
RLS du Domaine-du-Roy	ATELIER ET CENTRE D'ACTIVITÉS DE JOUR ROLAND	51222560																							
RLS du Domaine-du-Roy	CENTRE D'ACTIVITÉS DE JOUR F.X.-BOUCHARD	51232726																							
RLS du Domaine-du-Roy	CENTRE D'HÉBERGEMENT DE SAINT-FÉLICIEN	51219962					X																		
RLS du Domaine-du-Roy	CENTRE TSHISHEMSHK	54329560																							
RLS du Domaine-du-Roy	CLSC DE SAINT-FÉLICIEN	51229771																							
RLS du Domaine-du-Roy	CLSC ET CENTRE DE RÉADAPTATION SAINT-ANTOINE	51230316																							
RLS du Domaine-du-Roy	CLSC SACRÉ-COEUR	51228211																							
RLS du Domaine-du-Roy	CPRJA DE ROBERVAL	51217578																							
RLS du Domaine-du-Roy	FOYER DE GROUPE POUR JDA DE ROBERVAL	51232346																							
RLS du Domaine-du-Roy	HÔPITAL, CLSC ET CENTRE D'HÉBERGEMENT DE ROBERVAL	51228203		X	X	X										- Soins physiques en psychiatrie		- 15 lits de psychiatrie courte durée à l'hôpital de Roberval - 1 seul médecin couvre actuellement l'ensemble des soins physiques aux patients. La situation n'est plus viable. - Nous devons former une équipe de garde pour donner un service adéquat aux patients.							
RLS du Domaine-du-Roy	HÔPITAL, CLSC ET CENTRE D'HÉBERGEMENT DE ROBERVAL	51228203														- Réadaptation et UCDG		- Attention : notez que nous n'avons pas de besoin à l'hospitalisation courte durée. Les besoins sont en réadaptation/UCDG uniquement. - 18 lits de réadaptation/UCDG à l'Hôpital de Roberval. - 2 médecins couvrent le département. Ces 2 mêmes médecins couvrent également la longue durée à Roberval. - Un de ces médecins prend sa retraite à l'été 2019. - Un recrutement est essentiel pour le maintien des services.							
RLS du Domaine-du-Roy	Les CHSLD du RLS du Domaine-du-Roy	00010211					X																		
RLS du Domaine-du-Roy	Les CLSC du RLS du Domaine-du-Roy	00020211																							
RLS de Maria-Chapdelaine	ATELIER DE DOLBEAU-MISTASSINI	52665213																							
RLS de Maria-Chapdelaine	CENTRE D'ACTIVITÉS DE JOUR DE DOLBEAU-MISTASSINI	51230712																							
RLS de Maria-Chapdelaine	CENTRE D'HÉBERGEMENT DE DOLBEAU-MISTASSINI	51217917					X																		
RLS de Maria-Chapdelaine	CLSC ET CENTRE D'HÉBERGEMENT DE NORMANDIN	53679023					X																		
RLS de Maria-Chapdelaine	CLSC LES JARDINS DU MONASTÈRE	51219392									X	X													
RLS de Maria-Chapdelaine	CPEJ ET SERVICES EXTERNES DE DOLBEAU-MISTASSINI	51232338																							
RLS de Maria-Chapdelaine	HÔPITAL DE DOLBEAU-MISTASSINI	51219384	X	X		X		X																	
RLS de Maria-Chapdelaine	Les CHSLD du RLS de Maria-Chapdelaine	00010212					X																		
RLS de Maria-Chapdelaine	Les CLSC du RLS de Maria-Chapdelaine	00020212					X				X	X													

Sous-Territoire	Installations	No Inst.	Urg.	CD/ Hospit. (incluant UCDG)	Obst.	Soins int. (unité ≤ 6 lits)	LD	Soins palliatifs	IVG	Prise en charge en CLSC (incluant SAD)	SIAD (incluant garde 24/7)	Soins palliatifs (incluant garde 24/7)	Autres (Voir commentaire)	Centre de réadaptation et CPEJ (Voir commentaire)	Santé Publique (Voir commentaire)	Autres (Voir commentaire)	GMF-U*	Commentaires établissement
RLS de Maria-Chapdelaine	ATELIER DE DOLBEAU-MISTASSINI	52665213																
RLS de Maria-Chapdelaine	CENTRE D'ACTIVITÉS DE JOUR DE DOLBEAU-MISTASSINI	51230712																
RLS de Maria-Chapdelaine	CENTRE D'HÉBERGEMENT DE DOLBEAU-MISTASSINI	51217917					X											
RLS de Maria-Chapdelaine	CLSC ET CENTRE D'HÉBERGEMENT DE NORMANDIN	53679023					X											
RLS de Maria-Chapdelaine	CLSC LES JARDINS DU MONASTÈRE	51219392									X	X						
RLS de Maria-Chapdelaine	CPEJ ET SERVICES EXTERNES DE DOLBEAU-MISTASSINI	51232338																
RLS de Maria-Chapdelaine	HÔPITAL DE DOLBEAU-MISTASSINI	51219384	X	X		X		X										
RLS de Maria-Chapdelaine	Les CHSLD du RLS de Maria-Chapdelaine	00010212					X											
RLS de Maria-Chapdelaine	Les CLSC du RLS de Maria-Chapdelaine	00020212					X				X	X						
RLS de Lac-Saint-Jean-Est	ATELIER CHAMPLAIN	51222578																
RLS de Lac-Saint-Jean-Est	ATELIER ET CENTRE D'ACTIVITÉS DE JOUR DU SÉMINAIRE	51230720																
RLS de Lac-Saint-Jean-Est	ATELIER ET CENTRE D'ACTIVITÉS DE JOUR TANGUAY	51222586																
RLS de Lac-Saint-Jean-Est	ATELIER SCOTT	52395522																
RLS de Lac-Saint-Jean-Est	CENTRE D'ACTIVITÉS DE JOUR GAUTHIER	52667516																
RLS de Lac-Saint-Jean-Est	CENTRE D'HÉBERGEMENT D'ALMA	51218055																
RLS de Lac-Saint-Jean-Est	CENTRE D'HÉBERGEMENT ISIDORE-GAUTHIER	51218063																
RLS de Lac-Saint-Jean-Est	CENTRE D'HÉBERGEMENT MÉTABETCHOUAN ET CLSC SECTEUR SUD	51218048																
RLS de Lac-Saint-Jean-Est	CLSC CHAMPLAIN	51224194																
RLS de Lac-Saint-Jean-Est	CLSC D'ALMA	51228195																
RLS de Lac-Saint-Jean-Est	CLSC DE L'ASCENSION-DE-NOTRE-SEIGNEUR	51225936																
RLS de Lac-Saint-Jean-Est	CPRIDA D'ALMA	51495968																
RLS de Lac-Saint-Jean-Est	HÔPITAL D'ALMA	51219400	X	X	X	X											X	Prise en charge et enseignement.
RLS de Lac-Saint-Jean-Est	Les CHSLD du RLS de Lac-Saint-Jean-Est	00010213					X											
RLS de Lac-Saint-Jean-Est	Les CLSC du RLS de Lac-Saint-Jean-Est	00020213																

Sous-Territoire	Installations	No Inst.	Urg.	CD/ Hospit. (incluant UCDG)	Obst.	Soins int. (unité ≤ 6 lits)	LD	Soins palliatifs	IVG	Prise en charge en CLSC (incluant SAD)	SIAD (incluant garde 24/7)	Soins palliatifs (incluant garde 24/7)	Autres (Voir commentaire)	Centre de réadaptation et CPEJ (Voir commentaire)	Santé Publique (Voir commentaire)	Autres (Voir commentaire)	GMF-U*	Commentaires établissement
RLS de Jonquière	ATELIER ET CENTRE D'ACTIVITÉS DE JOUR DE SAINT-AMBROISE	55597561																
RLS de Jonquière	ATELIER ET CENTRE D'ACTIVITÉS DE JOUR DU LONG-SAULT	51230738																
RLS de Jonquière	CENTRE D'HÉBERGEMENT DES PENSÉES	54263975																
RLS de Jonquière	CENTRE D'HÉBERGEMENT DESCHÊNES	51340404																
RLS de Jonquière	CENTRE D'HÉBERGEMENT GEORGES-HÉBERT	54263959																
RLS de Jonquière	CENTRE D'HÉBERGEMENT SAINTE-MARIE	51217792																
RLS de Jonquière	CLSC DE JONQUIÈRE	51224558																
RLS de Jonquière	CLSC DE SAINT-AMBROISE	54166665																
RLS de Jonquière	OPRIDA DE JONQUIÈRE	51496016																
RLS de Jonquière	HÔPITAL ET CENTRE DE RÉADAPTATION DE JONQUIÈRE	51224541	X	X										X				Toxico : 2 congés de maternité et un autre médecin a manifesté son désir de quitter le service. Un médecin qui fait hospitalisation toxico, donc moins présent. Un médecin a plus de 15 ans de pratique et n'a donc aucune obligation de rester en place. URFI : 2 médecins qui font hospitalisation, prise en charge et URFI en même temps. Ils font moins de garde à l'URFI. Aussi 3 médecins de plus de 15 ans de pratique qui n'ont aucune obligation à rester.
RLS de Jonquière	Les CHSLD du RLS de Jonquière	00010214					X											
RLS de Jonquière	Les CLSC du RLS de Jonquière	00020214								X		X						

Sous-Territoire	Installations	No Inst.	Urg.	CD/ Hospit. (incluant UCDG)	Obst.	Soins int. (unité ≤ 6 lits)	LD	Soins palliatifs	IVG	Prise en charge en CLSC (incluant SAD)	SIAD (incluant garde 24/7)	Soins palliatifs (incluant garde 24/7)	Autres (Voir commentaire)	Centre de réadaptation et CPEJ (Voir commentaire)	Santé Publique (Voir commentaire)	Autres (Voir commentaire)	GMF-U*	Commentaires établissement
RLS de Chicoutimi	ATELIER ET CENTRE D'ACTIVITÉS DE JOUR DU CENACLE	51222594																
RLS de Chicoutimi	ATELIER MANOUANE	51225399																
RLS de Chicoutimi	CENTRE DE JOUR LES JEUNES DIFF. D'ADAPT. DE CHICOUTIMI	51223121																
RLS de Chicoutimi	CENTRE D'HÉBERGEMENT DE LA COLLINE	51234789																
RLS de Chicoutimi	CENTRE D'HÉBERGEMENT JACQUES-CARTIER	51217222																
RLS de Chicoutimi	CENTRE D'HÉBERGEMENT MGR-VICTOR-TREMBLAY	52290517																
RLS de Chicoutimi	CENTRE D'HÉBERGEMENT ST-FRANÇOIS	51233518																
RLS de Chicoutimi	CLSC DE CHICOUTIMI	51218584																
RLS de Chicoutimi	CLSC DE CHICOUTIMI-NORD	51218592																
RLS de Chicoutimi	OPRUDA DE CHICOUTIMI	51217560																
RLS de Chicoutimi	FOYER ST-FRANÇOIS	23182884																
RLS de Chicoutimi	HÔPITAL DE CHICOUTIMI	51218394	X	X	X			X									X	Soins palliatifs intrahospitaliers (n'est pas la même chose que la maison de soins palliatifs)
RLS de Chicoutimi	Les CHSLD du RLS de Chicoutimi	00010215					X											
RLS de Chicoutimi	Les CLSC du RLS de Chicoutimi	00020215								X		X						Retraite d'un médecin en CLSC en avril 2019.
RLS de Chicoutimi	MAISON DE NAISSANCE DU FJORD-AU-LAC	51235398																
RLS de La Baie	ATELIER ET CENTRE D'ACTIVITÉS DE JOUR DE LA BAIE	51234870																
RLS de La Baie	ATELIER ET CENTRE D'ACTIVITÉS DE JOUR DE L'ANSE-SAINT-JEAN	55597595																
RLS de La Baie	CENTRE D'HÉBERGEMENT DE BAGOTVILLE	51221398																
RLS de La Baie	CENTRE D'HÉBERGEMENT SAINT-JOSEPH	51221380																
RLS de La Baie	CLSC DU FJORD-À-LA BAIE	51221372																
RLS de La Baie	CLSC DU FJORD-À-L'ANSE-SAINT-JEAN	53701793																
RLS de La Baie	OPRUDA DE LA BAIE	51222081																
RLS de La Baie	HÔPITAL DE LA BAIE	51221364		X	X											URFI gériatrique + hôpital de jour		Congé sans solde et sans certitude de retour d'un médecin à l'hôpital de jour. CHSLD et obstétrique : arrêt probablement d'un des deux médecins.
RLS de La Baie	Les CHSLD du RLS de La Baie	00010216					X											
RLS de La Baie	Les CLSC du RLS de La Baie	00020216																
Régional	SANTÉ PUBLIQUE	22222222																
Nord-du-Québec	OPRUDA DE CHIBOUGAMAU	51234342																

ANNEXE 9

CIUSSS du Saguenay-Lac-Saint-Jean : nouvelle dénomination des installations, services et capacité												
Installations	Lits de santé physique	Lits de néonatalogie	Lits de psychiatrie	Lits d'hôtellerie	Lits en gériatrie	Urgence	Consultations externes	Hôpital de jour	Lits en URFI	Places en internat	Lits d'hébergement permanent	Lits d'hébergement temporaire
Hôpital de la Baie	25	—	—	—	13	Oui	Oui	Oui	—	—		
Hôpital de Chicoutimi	284	15	70	21	—	Oui	Oui	Oui santé mentale	—	—		
Hôpital et centre de réadaptation de Jonquière	85	—	—	—	16	Oui	Oui	—	24	14		
Hôpital d'Alma	121	—	16	—	9	Oui	Oui	—	—	—		
Hôpital et centre d'hébergement de Roberval	91	—	29	—	10	Oui	Oui	—	—	—	98	2
Hôpital de Dolbeau-Mistassini	48	—	—	—	8	Oui	Oui	—	—	—		
	Lits d'hébergement permanent	Lits d'hébergement temporaire										
Centre d'hébergement de Bagotville	55	—										
Centre d'hébergement Saint-Joseph	46	2										
Centre d'hébergement Jacques-Cartier	101	3										
Centre d'hébergement de La Colline	98	—										
Centre d'hébergement MGR-Victor-Tremblay	66	—										
Centre d'hébergement Saint-François	68											
Centre d'hébergement Sainte-Marie	66	—										
Centre d'hébergement Deschênes	64	—										
Centre d'hébergement Georges-Hébert	60	14										
Centre d'hébergement Des Pensées	91	5										
Centre d'hébergement d'Alma	56	1										
Centre d'hébergement Isidore-Gauthier	34	1										
CLSC et centre d'hébergement de Métabetchouan-Lac-à-La-Croix	156	12										
Centre d'hébergement de Saint-Félicien	44	2										
CLSC et centre d'hébergement de Normandin	33	—										
Centre d'hébergement de Dolbeau-Mistassini	85	—										
CLSC du Fjord-À-La Baie												
CLSC du Fjord-À-L'Anse-Saint-Jean												
CLSC de Chicoutimi												
CLSC de Chicoutimi-Nord												
CLSC de Jonquière												
CLSC de Saint-Ambroise												
CLSC d'Alma												
CLSC Champlain												
CLSC de L'Ascension-De-Notre-Seigneur												
CLSC de Saint-Félicien												
CLSC Sacré-Cœur												
CLSC et centre de réadaptation pour alcoolisme et autres toxicomanies Sanit-Antoine												
Données extraites du permis du MSSS, avril 2015. À noter que des changements sont à apporter concernant le nom de certaines installations que sur les capacités												

BIBLIOGRAPHIE

Collège des médecins de famille du Canada, Une vision pour le Canada, La pratique de la médecine familiale : Le Centre de médecine de famille, septembre 2011, page 31 à 50.

Congrès AMQ, Modèle de gouvernances des services médicaux, 1^{ère} ligne, 2016.

CIUSSS du Saguenay–Lac-Saint-Jean, Plan d'action régional de santé pratiqué 2016-2026, p. 18 à 20.

MSSS, Détermination des priorités de recrutement dans les GMF-U pour 2019 en application des balises visant l'adéquation des effectifs professoraux avec les livrables cliniques et académiques en milieu de formation d'apprenants GMF-U. Statistiques sur l'implication des médecins de famille pour la mission universitaire à Saguenay, 2018.

MSSS, document de travail, Méthode exploratoire pour évaluer le besoin à combler par territoire, p.1.

MSSS, Notes méthodologiques PREM 2019, 18 septembre 2017.

MSSS, Tableau de la Direction des services d'urgence, page 3, 4 novembre 2018.

RAMQ, Compte à rebours PL20 – Médecins de famille GAMF, 31 août 2018.

RAMQ, Rapport 3, Répartition des personnes vulnérables inscrites auprès d'un médecin de famille, page 1 à 4, 14 septembre 2018.

RAMQ, Rapport 6, Répartition des personnes inscrites auprès d'un médecin de famille selon leur âge, leur sexe et le territoire RLS de leur lieu de résidence, page 6 à 9, 14 septembre 2018.

RAMQ, Tableau 4, Nombre total de visites effectuées au service d'urgence d'un établissement de santé et de services sociaux, 1^{er} avril 2017 au 31 mars 2018.

**Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
du Saguenay-
Lac-Saint-Jean**

Québec 