

# PLAN RÉGIONAL D'ORGANISATION DES SERVICES MÉDICAUX GÉNÉRAUX (PROS) 2023-2028



Préparé par le Département régional de médecine générale  
en collaboration avec la Direction des services professionnels

2023-06-21



Plan régional d'organisation des services médicaux (PROS) est une production du Centre intégré de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches (CISSS de Chaudière-Appalaches) :

363, route Cameron  
Sainte-Marie (Québec) G6E 3E2  
Téléphone : 418 386-3363

Le présent document est disponible sur le site Internet du CISSS de Chaudière-Appalaches à l'adresse suivante : <https://www.cisssca.com/cisss/departement-regional-de-medecine-generale-drmg-1>

Lorsque le contexte l'exige, le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Toute reproduction partielle de ce document est autorisée et conditionnelle à la mention de la source.

### **Rédaction**

Dre Geneviève Caron-Fauconnier, cheffe du DRMG de Chaudières-Appalaches

Dre Annie Lanthier, co-cheffe DRMG de Chaudières-Appalaches

Dre Alexandra Audet, Dre Suzanne Beauregard, Dr Luc Bédard, Dr Sylvain Dion, Dr Christophe Hamel, Dre Anne Laliberté, Dr Antoine Lapointe, Dr Pierre Martel, Dr Jérôme Patry et Dre Michèle Robichaud, membres du comité de direction du DRMG de Chaudières-Appalaches

### **Collaboration**

Dre Annie Tremblay, directrice adjointe des services professionnels

M. Olivier Jobidon, Mme France Tanguay, Mme Sabrina Chevanel, M. Régis Jacques, Mme Josée Langlois et Mme Cindy Lessard, adjoint(e)s à la directrice des services professionnels

Mme Mélissa Cloutier, Mme Marie Philippe Collin, Mme Paméla Daniel, M. Patrick Drolet, Mme Nancy Marchand, M. Philippe Ouellet et Mme Nadya Turmel, Agent(e)s d'amélioration continue de la qualité – Soutien à la transformation clinique (AACQ-STC)

Mme Marilyn Tardif, cheffe de service du GAP et du GACO et Mme Jamie Robichaud, Agente de planification, programmation et recherche, volet GAP et GACO

### **Secrétariat**

Mme Johanne Létourneau, Mme Pascale-Valérie Lepage et Mme Vanessa Turegon, techniciennes en administration

## TABLE DES MATIÈRES

Sigles et acronymes _____	iii
Introduction _____	4
Assises légales _____	4
Contexte régional _____	5
Mission, vision et valeurs du CISSS de Chaudière-Appalaches _____	5
Caractéristiques de la région _____	6
Aspects géographiques _____	6
Aspects démographiques _____	7
SANTÉ PUBLIQUE _____	9
RESSOURCES MÉDICALES _____	10
Gouverne médicale en 1 <sup>re</sup> ligne _____	10
Médecins spécialistes _____	13
Médecins omnipraticiens _____	13
RESSOURCES INFIRMIÈRES PRATICIENNES SPÉCIALISÉES _____	14
La gouverne des infirmières praticiennes spécialisées _____	14
Le déploiement des infirmières praticiennes spécialisées au Québec _____	14
VOLET ENSEIGNEMENT _____	16
Pavillon d'enseignement de la médecine _____	16
Externe longitudinal intégré (ELI) _____	16
Collaboration entre le GMF-U de Lévis, les ELI de HDL et l'hôpital de Montmagny _____	17
Tous les stages externat/résidence/IPS sur notre territoire _____	17
Rétrospective des activités d'enseignement médical depuis 2015 _____	18
VOLET RECHERCHE _____	19
La recherche au sein de Chaudière-Appalaches _____	19
L'impact sur la première ligne médicale _____	19
PROJETS RÉGIONAUX _____	20
Déploiement régional en GMF dans la région de Chaudière-Appalaches du Programme québécois pour les troubles mentaux : des autosoins à la psychothérapie (PQPTM) _____	20

Le Guichet d'Accès Première ligne (GAP)	21
Implication régionale des médecins de famille	23
CONTEXTE PAR SECTEUR	24
RLS ALPHONSE-DESJARDINS Chutes Chaudière et Desjardins	27
ORGANISATION CLINIQUE RLS ALPHONSE-DESJARDINS (Chutes Chaudière et Desjardins, Lotbinière, Nouvelle-Beauce, Bellechasse)	32
ORGANISATION CLINIQUE DU RLS MONTMAGNY-L'ISLET	43
RLS BEAUCE ET ETCHEMINS	50
ORGANISATION CLINIQUE DU RLS BEAUCE ET ETCHEMINS	54
RLS DE THETFORD	66
ORGANISATION CLINIQUE DU RLS DE THETFORD	67
ORGANISATION DU GACO	76
ORGANISATION DES SERVICES MÉDICAUX, RECRUTEMENT : VISION 5 ANS	80
RLS Alphonse-Desjardins	80
RLS de Montmagny-L'Islet	81
RLS de Beauce et Etchemins	82
RLS de Thetford	83
LES OBJECTIFS RÉGIONAUX	84
ANNEXE 1	88
PORTRAIT DES EFFECTIFS MÉDICAUX EN DATE DE MARS 2023	88
RLS ALPHONSE-DESJARDINS	88
RLS DE BEAUCE et ETCHEMINS	90
RLS DE MONTMAGNY-L'ISLET	91
RLS DE THETFORD	92

## SIGLES ET ACRONYMES

AMP	Activités médicales particulières
CLSC	Centre local de services communautaires
CHSGS	Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
CPC	Clinique plaies complexes
CRDS	Centre de répartition des demandes de service
CRSP	Comité régional sur les services pharmaceutiques
DMS	Durée moyenne de séjour
DRMG	Département régional de médecine générale
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
IP SPL	Infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne
PEM	Plans d'effectifs médicaux
PREM	Plans régionaux d'effectifs médicaux
PROS	Plan régional d'organisation des services médicaux généraux
RLS	Réseau local de services
SAD	Soutien à domicile
TMT	Table médicale territoriale
URFI	Unité de réadaptation fonctionnelle intensive
UTP	Unité temporaire prothétique
UTRF	Unité transitoire de récupération fonctionnelle

## INTRODUCTION

### Assises légales

En vertu de l'article 417.2 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS), il est de la responsabilité du Département régional de médecine générale (DRMG), sous l'autorité du président-directeur général (PDG) du ou des centres intégrés ou centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CISSS ou CIUSSS) de son territoire de :

« définir et proposer le plan régional d'organisation des services médicaux généraux (PROS) 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 de Chaudière-Appalaches relative à ce plan».

Le DRMG a été mandaté pour rédiger et mettre à jour le PROS, et ce, en collaboration avec la Direction des services professionnels (DSP) du CISSS de Chaudière-Appalaches, le chef de département régional de médecine générale et les chefs de services des différents territoires des RLS.

Le PROS incarne ainsi un outil stratégique précieux pour le CISSS de Chaudière-Appalaches, le DRMG et la DSP afin d'articuler la mission de services de proximité de première ligne. Il établit le portrait des RLS, la vision de l'organisation des services médicaux de première ligne pour les 5 prochaines années ainsi que les enjeux auxquels nous devons faire face.

Le DRMG communique régulièrement avec le ministère de la Santé et de Services sociaux (MSSS) afin de les informer de l'état de la situation de plusieurs éléments, tels que l'accès équitable aux soins de santé, l'organisation des services hospitaliers, la répartition des ressources médicales et professionnelles, la coordination des soins de santé en médecine générale, et la planification des équipements médicaux et des infrastructures de santé. L'objectif de ces communications est d'obtenir le support et le soutien nécessaire du MSSS afin de mener à terme les projets et réaliser l'ensemble des objectifs qui assurent l'accès pertinent aux soins de santé et l'optimisation de l'efficacité du système de santé dans chaque territoire de la région de Chaudière-Appalaches.

## CONTEXTE RÉGIONAL

Cette section présente la mission et les valeurs du CISSS ainsi que les principaux aspects géographiques, démographiques et socio-économiques qui caractérisent la région de Chaudière-Appalaches et sa population. Dans la dernière portion du document, un portrait des effectifs médicaux dans la région est présenté, ainsi que les constats faits en lien avec la population de la région de Chaudière-Appalaches.

### Mission, vision et valeurs du CISSS de Chaudière-Appalaches

La mission de l'établissement (CISSS de Chaudière-Appalaches) est de maintenir, améliorer et restaurer la santé et le bien-être de la population de Chaudière-Appalaches en rendant accessible un ensemble de services de santé et de services sociaux, intégrés et de qualité, contribuant ainsi au développement social et économique de la région.

Les valeurs organisationnelles, soit l'humanisme, la collaboration et l'équité se reflètent également dans l'organisation des soins et services de première ligne.

Le CISSS de Chaudière-Appalaches place les usagers au cœur de la nouvelle organisation de services et les implique dans les décisions qui les concernent afin qu'ils vivent une expérience de soins et de services qui répondent à leurs besoins.

Pour ce faire, la collaboration entre tous les acteurs de l'organisation est hautement valorisée et se vit au quotidien. Pour réaliser pleinement sa mission et agir sur les déterminants de la santé, le CISSS de Chaudière-Appalaches mise sur des partenariats durables avec les divers acteurs de la communauté.

L'organisation assure l'amélioration continue de ses services, favorise et soutient les innovations émergentes du terrain, le partage des expertises et l'intégration des données probantes dans les pratiques.

Le CISSS de Chaudière-Appalaches réalise sa mission en s'appuyant sur une équipe médicale et un personnel engagés, compétents et humains. En reconnaissant la valeur première des personnes qui composent l'organisation, le CISSS-CA contribue par ses actions à favoriser leur santé et leur mieux-être.

La vision en une phrase : **Des gens de cœur unis pour le mieux-être de leur population!**



## Caractéristiques de la région



## Aspects géographiques

La région de la Chaudière-Appalaches est située sur la rive sud du fleuve Saint-Laurent. Elle est bordée au nord-est par la région du Bas-Saint-Laurent, au sud-est par les États-Unis, au sud par la région de l'Estrie, à l'ouest par la région de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec et au nord par la région de la Capitale-Nationale, séparée de cette dernière par le fleuve Saint-Laurent. D'une superficie de 15 074 km<sup>2</sup>, Chaudière-Appalaches compte 136 municipalités regroupées en 9 municipalités régionales de comté (MRC).

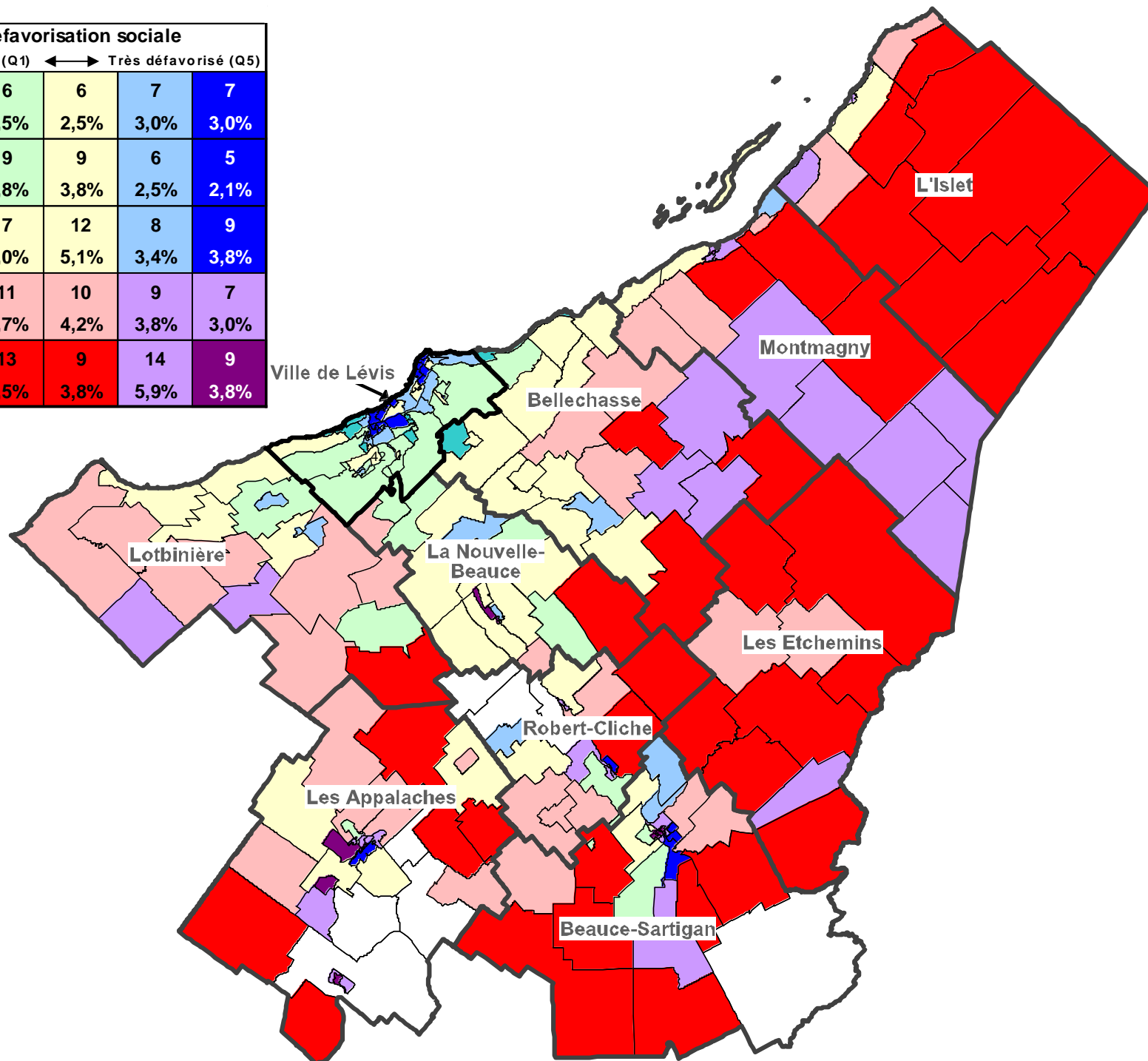
Cette région comprend des établissements éloignés les uns des autres, compte tenu de l'ampleur de la superficie : 21 centres locaux de services communautaires (CLSC), 4 centres hospitaliers, 28 centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), en plus des services de protection de la jeunesse, deux centres de pédiatrie sociale, 3 maisons de soins palliatifs et des centres de réadaptation physique, déficience intellectuelle et dépendance. Elle compte également un service régional d'intervention médico-légale répondant à la clientèle victime d'agression sexuelle.

## Aspects démographiques

Selon une projection, la région comptait 414 427 résidents en 2011, 425 198 résidents en 2016 et devrait en compter 443 976 en 2026. Un peu plus du tiers (34 %) de cette population se retrouve dans la ville de Lévis. On estime que la région connaîtra une croissance de sa population de l'ordre de 8,8 % entre 2011 et 2036.

La croissance socioéconomique et démographique de la région de la Chaudière-Appalaches n'est pas homogène. Deux grands axes se dégagent. D'un côté, l'axe de la Chaudière, qui regroupe les MRC des Chutes-de-la-Chaudière, Desjardins, La Nouvelle-Beauce, Lotbinière, Bellechasse, connaît une croissance de sa population. De l'autre, l'axe des Appalaches qui comprend quatre MRC en décroissance, soit les Appalaches, Montmagny, L'Islet et Les Etchemins. Les MRC qui se situent à la fois sur ces deux axes, soit Beauce-Sartigan et Robert-Cliche sont en croissance légère. On retrouvera en 2036 deux fois plus d'aînés que de jeunes alors que c'était le contraire il y a 20 ans. De plus, des inégalités sociales et économiques sont responsables de la détérioration de la santé de certains groupes. Il faudra en tenir compte dans notre organisation de services.

		Défavorisation sociale				
		Très favorisé (Q1) ←		→ Très défavorisé (Q5)		
Défavorisation matérielle	↑ Très favorisé (Q1)	10	6	6	7	7
		4,2%	2,5%	2,5%	3,0%	3,0%
	9	9	9	6	5	
	3,8%	3,8%	3,8%	2,5%	2,1%	
	↓ Très défavorisé (Q5)	10	7	12	8	9
		4,2%	3,0%	5,1%	3,4%	3,8%
12	11	10	9	7		
5,1%	4,7%	4,2%	3,8%	3,0%		
14	13	9	14	9		
5,9%	5,5%	3,8%	5,9%	3,8%		



## SANTÉ PUBLIQUE

En collaboration avec d'autres professionnels de la santé publique, les médecins de la direction de la santé publique travaillent à réduire les problèmes de santé, leurs conséquences et leurs facteurs de risque, tout en favorisant la santé. Ils offrent des services de promotion, de prévention, de protection et de surveillance de la santé à la population de la région de la Chaudière-Appalaches.

Au total, 42 membres du CMDP détiennent des privilèges dans le Département de santé publique. Celui-ci est composé de 7 médecins spécialistes, 34 médecins de famille et 1 dentiste-conseil. De ce nombre, 26 médecins de famille exercent également dans d'autres secteurs d'activités dans la région. Les médecins sont impliqués dans 4 grands axes :

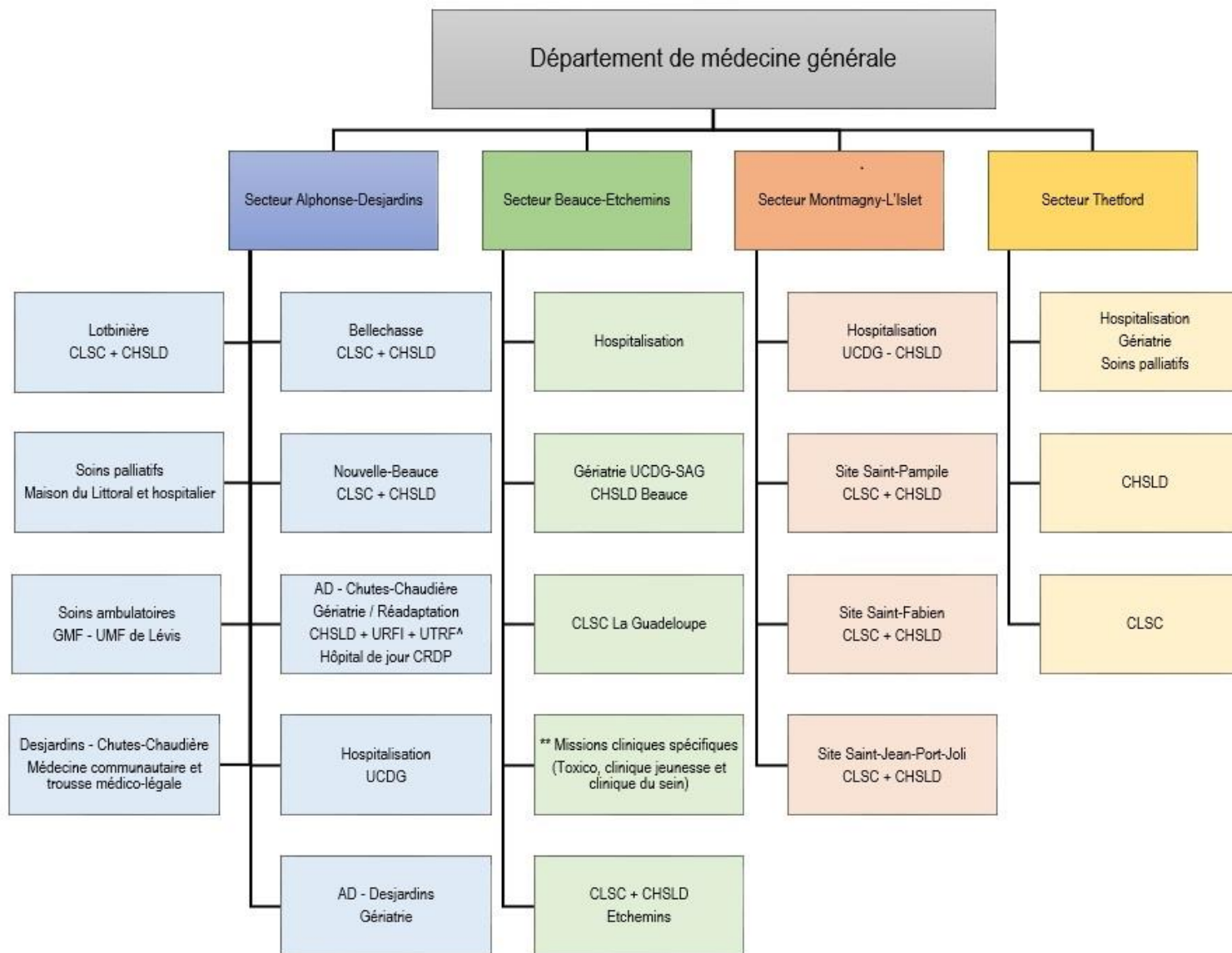
- service en clinique prévention et promotion de la santé physique et psychosociale (PPSPP);
- service en clinique maladie infectieuse (MI);
- service en clinique santé environnementale (SE);
- service en clinique de santé au travail (SAT).

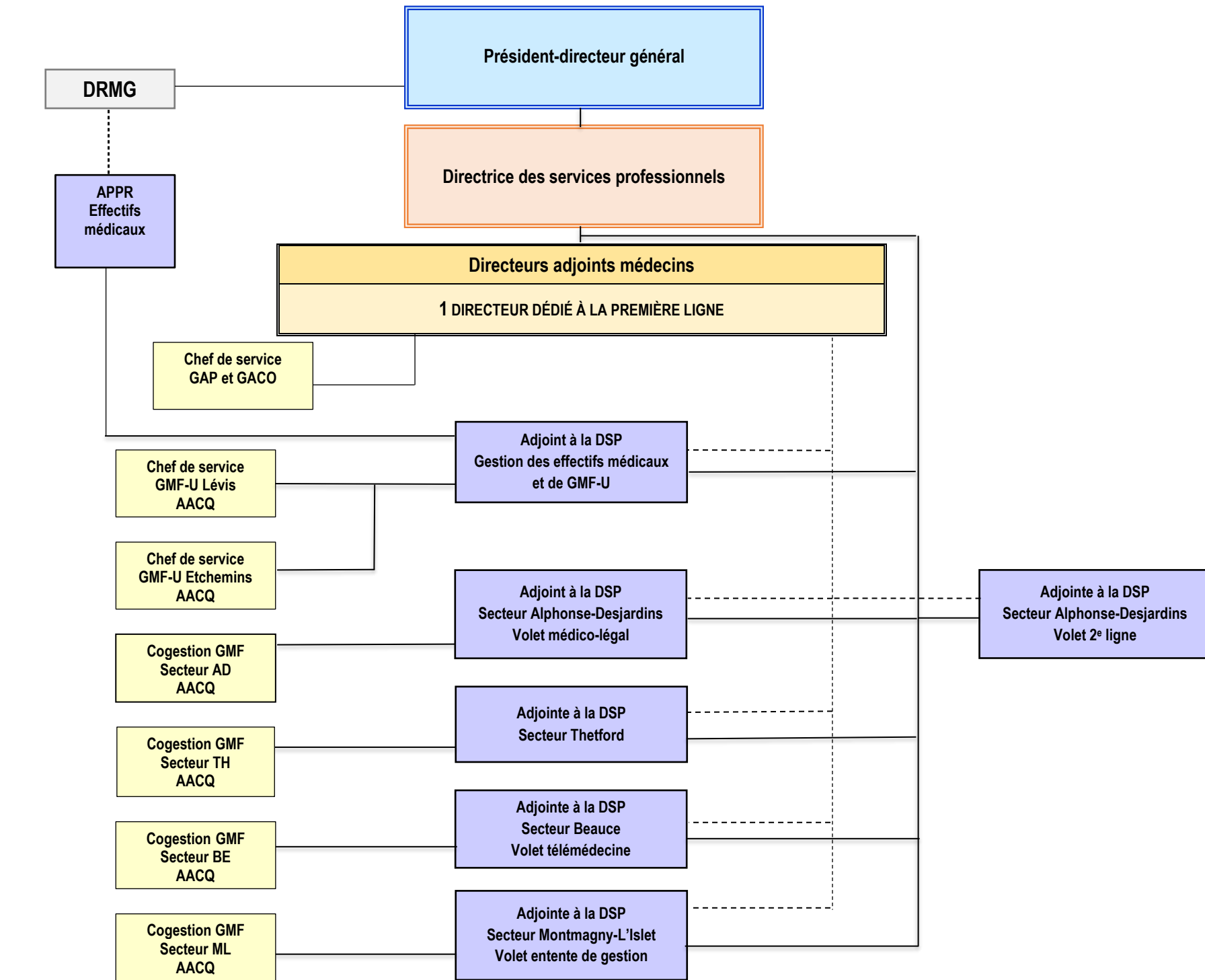
## RESSOURCES MÉDICALES

### Gouverne médicale en 1<sup>re</sup> ligne

Le DRMG comprend environ 450 membres. La direction du DRMG se réunit aux 4 semaines sauf en période estivale pour un total de 10 rencontres/année. Le DRMG est soutenu par un technicien en administration, un agent de planification, de programmation et de recherche (APPR) dédié à la gestion des effectifs médicaux, l'adjoint à la DSP responsable des effectifs médicaux et chargé de projet régional des GMF ainsi que la directrice adjointe des services professionnels (DASP). Le PDG et la DSP participent de manière assidue à toutes les rencontres de l'exécutif. Le DRMG travaille en étroite collaboration avec la Direction des services professionnels. Le DRMG a mis en place 4 tables territoriales. Les règlements du DRMG ont été remis à jour en 2023 et seront révisés tous les 4 ans. Le DRMG a prévu d'intégrer le chef du département de médecine générale du CISSS de Chaudière-Appalaches afin de bien réaliser sa mission de répartition des effectifs médicaux en première ligne, en tenant compte des besoins en prise en charge et des activités des omnipraticiens en établissement.

Une assemblée annuelle est tenue, mais la superficie du territoire et le nombre de médecins rendent complexe l'organisation de cette rencontre. Afin de mieux informer ses membres des discussions et décisions, l'exécutif du DRMG produit régulièrement un outil de communication : l'Info-DRMG. La DSPA et le chef du DRMG animent aussi conjointement une table des chefs de GMF, lesquels se réunissent 5 à 6 fois par année. Par ailleurs, l'organigramme du CISSS de Chaudière-Appalaches se distingue des autres établissements en ayant placé la cogestion des GMF dans la direction des services professionnels. La DSP favorise des liens privilégiés avec le DRMG, les GMF, le CRSP, le CMDP, le Département de médecine générale de même qu'avec les services médicaux spécialisés du CISSS de Chaudière-Appalaches. Ces liens permettent une meilleure intégration des services médicaux, pharmaceutiques et professionnels.





## Médecins spécialistes

Le plan des effectifs médicaux (PEM) 2021-2025 inclut environ 405 médecins spécialistes répartis dans les 4 centres hospitaliers. La majorité de ces spécialistes se retrouvent à l'Hôtel-Dieu de Lévis (HDL), qui détient aussi une mission régionale et un volet universitaire. Il faut ajouter à ce nombre certains médecins associés dont la pratique majoritaire se retrouve dans une autre région administrative. Par ailleurs, quelques médecins spécialistes offrant des services au privé ne sont pas comptabilisés au plan d'effectifs. Cette contribution est, par contre, peu significative dans la région de Chaudière-Appalaches. L'organisation des services spécialisés est détaillée dans le Portfolio de l'établissement. La répartition des médecins spécialistes influence sans conteste le travail des omnipraticiens selon le territoire.

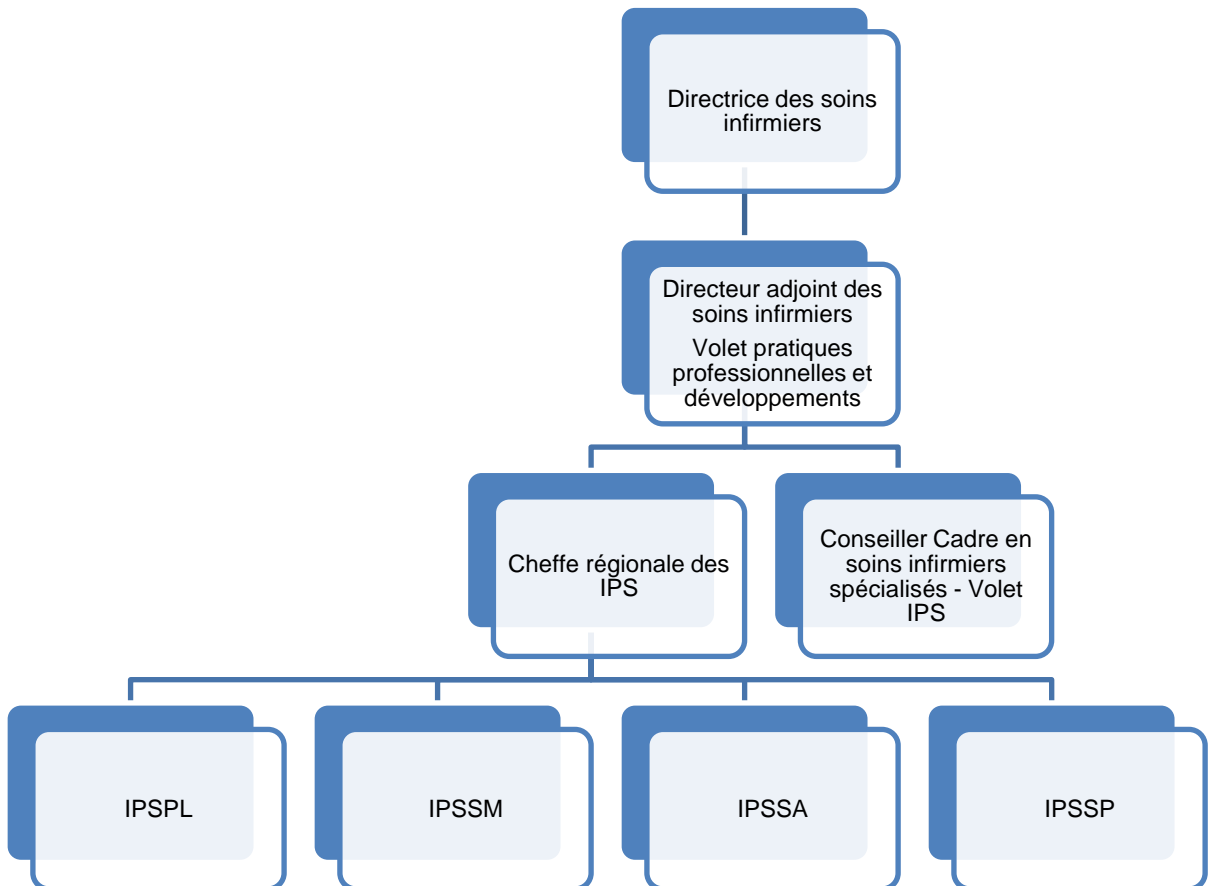
## Médecins omnipraticiens

En 2023, le plan régional des effectifs médicaux (PREM) en médecine générale compte 426 médecins établis sur 489 équivalents temps complet (ETC) requis pour répondre aux besoins, ce qui représente un écart de 13%. Une proportion de 13% des médecins établis ont plus de 65 ans. La pratique des médecins de famille de Chaudière-Appalaches se caractérise par une pratique mixte. Un pourcentage significatif des omnipraticiens contribue pour plus d'un ETC dans la région. Cet engagement se traduit par une productivité qui permet d'atteindre un taux d'inscriptions de 79% au 31 décembre 2022, malgré un écart au besoin qui augmente chaque année.



## RESSOURCES INFIRMIÈRES PRATICIENNES SPÉCIALISÉES

La gouverne des infirmières praticiennes spécialisées



### Le déploiement des infirmières praticiennes spécialisées au Québec

Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a octroyé au Centre intégré de santé et service sociaux de Chaudière-Appalaches (CISSS-CA), 100 postes d'IPS distribués dans les différentes spécialités soit : 75 postes en première ligne (IP SPL), 12 postes en santé mentale (IPSSM), 10 postes en soins aux adultes (IPSSA) et 3 postes en soins pédiatriques (IPSSP).

## La répartition régionale des postes

En 2022, 52 IPS pratiquent au CISSS de Chaudière-Appalaches. Les 52 IPS sont réparties dans les GMF, GMF-U, CLSC et hôpitaux de nos quatre secteurs de la région, soit : Alphonse-Desjardins (31), Beauce-Etchemins (15), Thetford-Mines (1) et Montmagny- L'Islet (4), représentant 4 spécialités soit : IPSPL (37), IPSSM (7), IPSSA (7) et IPSSP (1). Elles font leur pratique clinique selon leur domaine de soins à partir de leur port d'attache, mais peuvent également contribuer à l'offre de service régionale dans des lieux différents.

## Les domaines de soins

Une IPS peut avoir plus d'un domaine de soins au sein de sa spécialité. Les critères prennent en compte l'importance d'assurer la satisfaction tant professionnelle que personnelle de l'IPS et le développement continu de leurs compétences. La pratique de l'IPS n'est pas associée à un lieu mais plutôt à la nature et à l'intensité des soins prodigués qui sont caractérisées par les notions de soins de proximité, de soins spécialisés et de soins surspécialisés.

Spécialités	Lieux d'exercice au CISSS de Chaudière-Appalaches	Domaines
IPSPL	<b>Soins de proximité :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ GMF</li> <li>▪ GMF-U</li> <li>▪ CHSLD</li> <li>▪ Unité de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI)</li> <li>▪ CLSC</li> <li>▪ GAP</li> </ul>	Générale Pédiatrie Population immigrante Santé de la femme Santé publique
IPSSA	<b>Soins spécialisés, soins surspécialisés :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Centres hospitaliers</li> <li>▪ Cliniques externes</li> <li>▪ Cliniques spécialisées</li> </ul>	Anesthésie Cardiologie Médecine interne Néphrologie Neurologie
IPSSM	<b>Soins de proximité, soins spécialisés, soins surspécialisés :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Centres hospitaliers</li> <li>▪ Cliniques externes</li> <li>▪ Équipe d'intervention de santé mentale en communauté</li> <li>▪ CLSC</li> <li>▪ GAP</li> </ul>	Santé mentale adulte Santé mentale jeunesse Pédopsychiatrie
IPSSP	<b>Soins spécialisés, soins surspécialisés :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Centres hospitaliers</li> <li>▪ Cliniques externes</li> </ul>	Pédiatrie générale

## VOLET ENSEIGNEMENT

Les activités d'enseignement se sont grandement développées dans les 7 dernières années au CISSS de Chaudière-Appalaches. De nombreux projets ont pris forme et sont devenus pérennes. Nous n'avons qu'à penser :

- À l'accueil de résidents (R1) longitudinaux en médecine interne qui réalisent leur première année de résidence entièrement sur le site de l'Hôtel-Dieu de Lévis (HDL);
- Aux externes longitudinaux intégrés (ELI) de l'Hôtel-Dieu de Lévis, de Montmagny et de Thetford Mines qui passent également leur année complète d'externat dans notre établissement;
- Aux stages à option pour la médecine familiale développés dans nos régions de Thetford Mines et Montmagny;
- Au grand projet d'Aventure médecine où, à terme, 90 étudiants recevront leur enseignement théorique pré-doctoral dans le Pavillon d'enseignement relié à l'Hôtel-Dieu de Lévis tout en réalisant des activités d'immersion clinique dans cet hôpital.

L'enseignement médical est encadré par une structure de gouvernance qui implique tous les niveaux de l'établissement. En effet, un comité du CA veille au développement de la mission universitaire. Un comité stratégique de l'enseignement médical siège également et met en présence la direction générale, la DSP, le CMDP, le DRMG et la Direction de la recherche et de l'enseignement universitaire (DREU). Enfin, un comité de collaboration de l'enseignement médical réunit plusieurs médecins répartis sur le territoire et impliqués dans l'enseignement afin d'avoir une tribune pour partager leurs préoccupations, mais surtout, pour mettre à profit leurs idées afin d'innover en enseignement.

### Pavillon d'enseignement de la médecine

Les omnipraticiens sont particulièrement visés pour faire de l'enseignement aux pré-externes qui évolueront dans le Pavillon d'enseignement de la médecine.

En 2022-2023, il y a 16 moniteurs pour 16 groupes pour la première cohorte, répartis sur les sessions d'automne, d'hiver et d'été, totalisant 324 heures d'enseignement.

L'objectif pour 2026-2027 est d'atteindre un total de 47 moniteurs pour 47 groupes répartis entre les 3 cohortes (1<sup>e</sup>, 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> année) sur les sessions d'automne, d'hiver et d'été, totalisant 1 096 heures d'enseignement.

- On peut estimer que 75 % des postes de moniteurs seront occupés par des omnipraticiens.
- Certains enseignements ciblés, telle l'échographie, demanderont la collaboration de médecins omnipraticiens.
- Les examens pratiques vont également faire appel à des moniteurs qui pourraient être des omnipraticiens.
- Quelques cours théoriques pourraient être enseignés par des omnipraticiens.

### Externat longitudinal intégré (ELI)

Un groupe de travail est en réflexion afin d'accroître le nombre d'ELI sur notre territoire dans un avenir rapproché. La cohorte de l'Hôtel-Dieu de Lévis et celle de Montmagny sont visées. Cette formule de stage est très courue par les

étudiants et présente de nombreux avantages tant pour les étudiants que pour les enseignants. Nous visons 4 ELI de plus d'ici 2025. Pour le moment, voici le portrait régional :

- 8 ELI à HDL : La prise en charge est réalisée au GMF-U de Lévis en bureau de continuité. Les besoins d'enseignement surpassent ce qui peut être offert par les médecins du GMF-U présentement.
- 2 ELI à Montmagny : Implication des omnipraticiens du GMF de Montmagny.
- 2 ELI à Thetford : Implication des omnipraticiens de deux cliniques à Thetford.
- 2 ELI en Beauce : À développer en fonction de leur capacité.

## Collaboration entre le GMF-U de Lévis, les ELI de HDL et l'Hôpital de Montmagny

Les médecins de Montmagny, dont de nombreux omnipraticiens, reçoivent les résidents du GMF-U de Lévis qui sont désireux de faire leurs activités sélectionnées spécialisées (ASS) sur ce site. Ce sont 5-6 étudiants par année qui se présentent à Montmagny afin d'expérimenter une approche plus régionale.


De plus, tous les ELI (8) de HDL vont faire systématiquement une semaine de stage à l'Hôpital de Montmagny afin de se familiariser avec un milieu généraliste et semi-urbain.

## Tous les stages externat/résidence/IPS sur notre territoire

	Alphonse-Desjardins	Beauce et Etchemin	Montmagny-L'Islet	Thetford
Stages pré externat	X			X
Stages d'externat verticalisés (réguliers)	X	X	X	X
Stages de résidence réguliers en médecine de famille	X	X	X	X
Stages de résidence en région		X		X
Stages de médecine familiale en GMF-U	X	X		
Activités spécialisées sélectionnées des résidents de nos GMF-U	X	X	X	
Stages à option pour les résidents en médecine familiale			X	X
Stages d'IPSPL	X	X	X	

## Rétrospective des activités d'enseignement médical depuis 2015

Le développement des activités d'enseignement médical a connu une hausse marquée au CISSS de Chaudière-Appalaches depuis 2015. En effet, nous notons une augmentation de 51 % du nombre de jours/stage depuis 2015, et ce malgré la pandémie qui nous a obligé à annuler 835 jours/stage en 2021-2022. Fait à noter, cette croissance s'est réalisée de manière progressive démontrant le travail de consolidation année après année avec les diverses équipes médicales. Chaque secteur du CISSS-CA contribue à ce succès en Chaudière-Appalaches.

	RÉSIDENTS	EXTERNES	PRÉ DOCTORAL	TOTAL	% 
<b>2015-2016</b>	14 832	4 735	460	20 027	-----
<b>2016-2017</b>	16 686	5 731	527	22 944	14 %
<b>2017-2018</b>	18 046	5 880	173	24 099	20 %
<b>2018-2019</b>	20 241	7 035	223	27 499	37 %
<b>2019-2020</b>	21 693	6 937	323	28 953	44 %
<b>2020-2021</b>	22 999	6 508	674	30 181	51 %
<b>2021-2022</b>	22 783	7 058	393	30 234	51 %

## VOLET RECHERCHE

### La recherche au sein de Chaudière-Appalaches

Plusieurs projets de recherche et d'érudition ont été réalisés et sont en cours au sein de l'établissement. Depuis 2018, 36 projets ont été réalisés pour lesquels il y a eu une implication de médecins de famille ou de médecins spécialistes. Pour la même période, il y a présentement 91 projets de recherche en cours.

Au niveau du GMF-U de Lévis, pour les années 2021-2022, 11 projets d'érudition ont été réalisés avec la collaboration des résidents et des médecins.

### L'impact sur la première ligne médicale

Entre autres, certains projets structurants ont eu des impacts significatifs sur la première ligne médicale. Voici une liste de quelques-uns :

- Comparaison entre une approche centrée sur le clinicien et une approche axée sur le travail d'équipe pour la mise en œuvre de la planification préalable des soins en première ligne : une étude randomisée contrôlée par grappe;
- Le projet COMPAS+ : Évaluation des impacts, de l'implantation et de la mise à l'échelle au niveau provincial d'un collaboratif d'amélioration continue de la qualité pour la gestion des maladies chroniques en soins de première ligne;
- Initiative collective pour l'évaluation de l'implantation des Centres de répartition des demandes de services du programme québécois d'Accès prioritaire aux soins spécialisés (APSS);
- Évaluation de l'implantation de l'accès adapté et de ses effets dans les groupes de médecine familiale universitaires;
- Évaluation de l'implantation d'un canevas d'entretien clinique pour le suivi systématique des arrêts de travail pour les troubles de santé mentale courants dans les services de première ligne;
- Succès de collaboration interprofessionnelle dans les Groupes de médecine de famille en région éloignée;
- Impact d'un programme de cohorte canadien d'amélioration continue de la qualité en soutien à l'implantation de l'accès adapté aux cliniques médicales;
- Évaluation de l'implantation des agents d'amélioration continue de la qualité et au soutien à la transformation clinique dans les milieux de soins primaires sans affiliation universitaire.

## PROJETS RÉGIONAUX

### Déploiement régional en GMF dans la région de Chaudière-Appalaches du Programme québécois pour les troubles mentaux : des autosoins à la psychothérapie (PQPTM)

Le PQPTM s'inscrit dans l'élaboration d'un nouveau programme d'accès et d'accompagnement en santé mentale au Québec basé sur un modèle de soins et de services par étapes développé selon les données probantes. Il vise à fournir un cadre à la prestation de services, et ce, dès les services sociaux généraux, y compris les GMF et les partenaires du réseau de la santé et des services sociaux. Dans le cadre de ce programme, chaque personne présentant des symptômes relatifs à un trouble mental fréquent (anxiété, dépression) ou ayant été diagnostiquée recevra un service adapté à ses besoins, au moment opportun. Il vise à accroître et à améliorer l'accès à des services de santé mentale, y compris à une offre publique de services allant des autosoins à la psychothérapie.

Plusieurs avantages s'inscrivent dans ce programme tels que le soutien clinique auprès des professionnels psychosociaux, l'utilisation de questionnaires d'appréciation pour l'anxiété (GAD-7) et la dépression (PHQ-9) permettant le repérage et le monitoring en continu lors d'un suivi, l'utilisation d'outils cliniques communs entre les CLSC et GMF permettant une fluidité dans les références en santé mentale, les soins et services centrés sur la personne, le rétablissement et les soins et services fondés sur des pratiques collaboratives.

## Le Guichet d'Accès Première ligne (GAP)

### Historique du projet

Le 19 novembre 2021, le MSSS annonce le développement d'une offre de service pour les personnes sans médecin de famille et la mise en place de mécanismes pour en faciliter l'accès tout en poursuivant les efforts d'inscription.

En mars 2022, un déploiement progressif du Guichet d'accès à la première ligne (GAP) de Chaudière-Appalaches en partenariat avec les cliniques médicales du territoire, les IPSPL et IPSSM, les pharmacies et services communautaires ainsi que les différents programmes services du CISSS de Chaudière-Appalaches est réalisé.

Le déploiement officiel dans les 5 RLS du territoire est réalisé le 15 septembre 2022.

Les principaux objectifs du GAP :

- Améliorer l'accès aux services professionnels et médicaux de première ligne;
- Offrir un accès équitable pour l'ensemble de la population;
- Promouvoir une consommation de soins et services pertinents, en adéquation avec les besoins;
- Accompagner et soutenir les patients sans médecin de famille ou en inscription collective dans leurs démarches pour accéder à des services professionnels ou médicaux répondant à leurs besoins;
- Appliquer un filtre de pertinence par le biais d'une évaluation par une infirmière ou un travailleur social afin d'orienter l'utilisateur vers un service répondant aux besoins ne se limitant pas aux services médicaux pouvant aussi se limiter à un auto-soin;
- Proposer des alternatives à la consommation de services aux urgences;
- Contribuer à la régulation des transports préhospitaliers et processus de réorientation de la clientèle orpheline en provenance des urgences

### Clientèle visée

- Personne sans médecin de famille et inscrite au Guichet d'accès à un médecin de famille (GAMF)

OU

- Personne ciblée par une inscription collective en GMF.



## Poursuite du déploiement et prochaines étapes du projet GAP

- Poursuivre la mise en place des services transitoires :

Ont pour but d'offrir une suppléance minimale aux patients nécessitant le suivi d'une condition chronique et d'assurer un minimum de services préventifs et de dépistage en attendant une prise en charge par un médecin de famille et son équipe multidisciplinaire :

- Physiothérapie : évaluation et orientation
  - Consultations pharmaceutiques : clientèle ciblée, pré-consultation médicale
  - Infirmière clinicienne : application d'ordonnances collectives pour le suivi de maladies chroniques et en santé préventive
  - IPS-PL et IPS-SM : consultations
  - Travail social : évaluation, orientation et application PQPTM
- Positionnement du GAP dans la trajectoire de régulation préhospitalière
  - Implication du GAP dans la trajectoire de réorientation des urgences

## IMPLICATION RÉGIONALE DES MÉDECINS DE FAMILLE

La section suivante précise les caractéristiques régionales et communes de chaque réseau local de services, notamment en ce qui concerne l'offre de service de première ligne.

<b>En 1<sup>re</sup> ligne</b>
<b>Table médicale territoriale</b>
<p>Des Tables médicales territoriales (TMT) sont mises en place par le Département régional de médecine générale (DRMG) du Centre intégré de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches pour nos 5 RLS.</p> <p>Le mandat général est :</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. D'émettre des recommandations sur le plan régional des effectifs médicaux relatif aux médecins omnipraticiens;</li><li>2. De faire des recommandations sur la liste des activités médicales particulières.</li></ol> <p>Pour ce faire, la Table médicale territoriale se veut le lieu d'échanges entre le DRMG, les groupes de médecine de famille (GMF) ainsi que les différents services de médecine générale en établissement.</p> <p>Les membres partagent et orientent leurs discussions à propos de :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ L'efficacité des services en médecine de famille que ce soit autant au niveau de la prise en charge qu'en établissements;</li><li>▪ Le partage d'informations et d'outils sur les différentes trajectoires de soins pour aider les médecins dans leur travail;</li><li>▪ La proposition et l'adoption de modalités de pratique en interdisciplinarité permettant de répondre le plus rapidement possible aux besoins de la population en priorisant les plus vulnérables;</li><li>▪ La détermination des priorités de recrutement basées sur les constats des besoins de la population.</li></ul>
<b>Groupe de médecine de famille (GMF)</b>
<p>La région de Chaudière-Appalaches bénéficie d'une offre de services de 19 GMF dont deux GMF-U ainsi qu'un GMF Accès-Réseau.</p> <p>Le nombre de médecins faisant de la prise en charge en GMF est approximativement 330 pour la région. De ce nombre, plusieurs médecins pratiquent en établissement dans l'ensemble des missions tels que: hospitalisation, urgence, soins palliatifs, CHSLD, réadaptation, dépendance, soins à domicile, obstétrique et en trousse médico-légale, dans une perspective de polyvalence. De ce nombre, environ 17% des médecins ont plus de 60 ans.</p> <p>De plus, l'ensemble des GMF de la région ont adhéré à l'entente visant la participation au mécanisme régional d'accès pour les patients sans médecin de famille visant à assurer un accès à des services de première ligne, en</p>

temps opportun, et en cohérence avec le déploiement progressif du Guichet d'accès à la Première ligne (GAP). L'ensemble des GMF contribuent à l'offre de rendez-vous populationnelle ainsi qu'au GAP. De plus, tous les GMF ont adhéré à l'entente dans le cadre de la mesure d'accès aux services de santé de première ligne pour les patients en attente au GAMF (inscription de groupe).

Les GMF contribuent à favoriser la fluidité des services d'urgence en participant au processus de réorientation de la clientèle ambulatoire non urgente de l'urgence vers la 1<sup>re</sup> ligne.

## En établissement

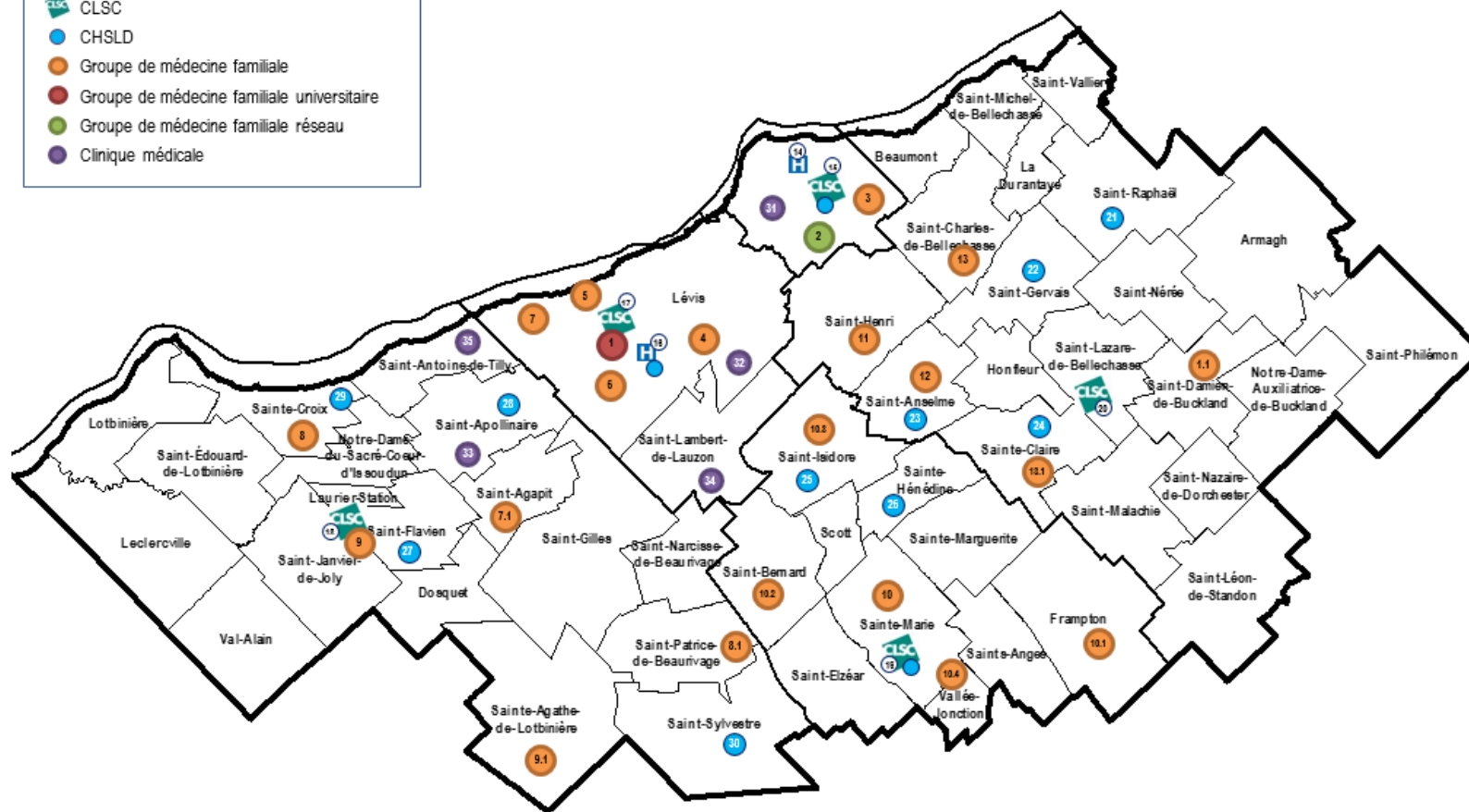
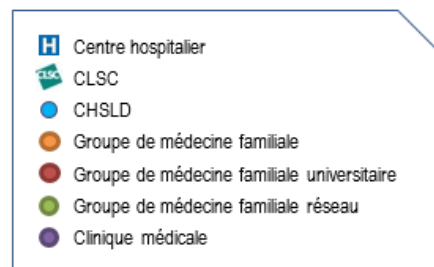
### Implication des médecins de famille par secteur d'activités

	Chutes-Chaudière et Desjardins	Lotbinière	Nouvelle-Beauce	Bellechasse	Thetford	Beauce	Etchemins	Montmagny-L'Islet
Centre d'hébergement	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Centre de réadaptation pour jeunes en difficulté	Aucun médecin actuellement	N/A	N/A	N/A	Aucun médecin actuellement	Aucun médecin actuellement	N/A	Aucun médecin actuellement
CLSC	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Hospitalisation	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Obstétrique	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Réadaptation : UTRF-URFI	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	N/A	N/A
Santé communautaire (santé sexuelle et planification familiale)	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Limitée	Oui
Service d'intervention médico-légale	Garde régionale	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Soins palliatifs	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Soutien à domicile	Limitée	Limitée	Limitée	Limitée	Oui	Oui	Oui	Oui
Toxicomanie	Limitée, couvre l'ensemble du RLS d'Alphonse-Desjardins	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
UCDG	Limitée car assurée par les gériatres	N/A	N/A	N/A	N/A	Oui	N/A	Limitée
Urgence	Oui	N/A	N/A	N/A	Oui	Oui	N/A	Oui

## CONTEXTE PAR SECTEUR

La section suivante précise les caractéristiques de chaque réseau local de services tant sur le plan géographique, populationnel que socio-économique. L'offre de service de première ligne générée par les omnipraticiens en partenariat avec différents professionnels y est présentée.

## GMF – RLS Alphonse-Desjardins



### **Légende GMF**

#### GMF-U de Lévis

**1** Groupe de médecine de famille universitaire de Lévis (site principal-en établissement)

**1.1** Coop des Monts de Bellechasse

#### GMF-R Lévis-Métro

**2** Clinique médicale Lévis-Métro

#### GMF Clinique médicale de Lévis

**3** Centre médical Lévis-Lauzon

#### GMF Taniata

**4** Clinique médicale Taniata

#### GMF des Ponts

**5** Clinique médicale des Ponts

#### GMF Clinique médicale Saint-Étienne

**6** Clinique médicale Saint-Étienne

#### GMF Lévis-Les Rivières

**7** Centre médical Lévis-Les Rivières (site principal)

**7.1** Clinique médicale Saint-Agapit

#### GMF Sainte-Croix/St-Patrice

**8** Clinique médicale Ste-Croix (site principal)

**8.1** Clinique médicale Saint-Patrice

#### GMF Laurier-Station

**9** Centre de santé Arthur-Caux (site en établissement)

**9.1** Clinique médicale Sainte-Agathe

#### GMF Nouvelle Beauce

**10** Centre médical Nouvelle-Beauce (site principal)

**10.1** Coopérative de solidarité régionale des services de santé de Frampton

**10.2** Coopérative de solidarité de Saint-Bernard

**10.3** Clinique médicale Saint-Isidore

**10.4** Clinique médicale Vallée-Jonction

#### GMF Saint-Henri

**11** Clinique médicale Saint-Henri

#### GMF St-Anselme

**12** Clinique médicale St-Anselme

#### GMF Bellechasse

**13** Clinique médicale Saint-Charles (site principal)

**13.1** Clinique médicale Sainte-Claire

### **Légende autres installations**

- 14.** Hôtel-Dieu de Lévis et Centre régional intégré de cancérologie de l'Hôtel-Dieu de Lévis (CRIC)
- 15.** Centre multiservices de santé et de services sociaux de Lévis (CLSC, CHSLD, CRD)
- 16.** Centre multiservices de santé et de services sociaux Paul-Gilbert (CLSC et CHSLD)
- 17.** CLSC Saint-Romuald
- 18.** CLSC de Laurier-Station
- 19.** CLSC et CHSLD Ste-Marie
- 20.** CLSC Saint-Lazare
- 21.** CHSLD Saint-Raphaël
- 22.** CHSLD Saint-Gervais
- 23.** CHSLD Saint-Anselme
- 24.** CHSLD Sainte-Claire
- 25.** CHSLD Saint-Isidore
- 26.** CHSLD Sainte-Hénédine
- 27.** CHSLD Saint-Flavien
- 28.** CHSLD Saint-Apollinaire
- 29.** CHSLD Ste-Croix
- 30.** CHSLD Saint-Sylvestre
- 31.** Clinique médicale Pointe Lévy
- 32.** Clinique Lacroix
- 33.** Clinique médicale de St-Apollinaire
- 34.** Clinique d'obstétrique Bilodeau
- 35.** Clinique Dr Mario Lelièvre

Secteur géographique	
<p>Ce territoire géographique s'étend sur une superficie de 447 km<sup>2</sup> bordé par les rives du fleuve Saint-Laurent (au nord), la MRC de Bellechasse (à l'est), la MRC de Lotbinière (à l'ouest) et par la MRC de la Nouvelle-Beauce (au sud).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Le secteur comprend 3 grands arrondissements : Lévis, Chutes-Chaudière Est et Chutes-Chaudière Ouest séparés par la rivière Chaudière.</li> <li>▪ Il s'agit d'un territoire majoritairement urbain.</li> <li>▪ Il existe un réseau de transport en commun.</li> <li>▪ Les points de services sont près les uns des autres.</li> </ul>	
Installations	
Centre hospitalier	1 à vocation régionale (Hôtel-Dieu de Lévis) incluant le centre régional intégré de cancérologie (CRIC) de Chaudière-Appalaches
Centre multiservices	1 incluant une urgence (Paul-Gilbert : heures d'ouverture du lundi au vendredi 7h30-23h et la fin de semaine 7h-19h)
CLSC	2 : Lévis et St-Romuald
CHSLD	2 : Paul-Gilbert (152 lits) et Lévis (95 lits)
CHSLD privés conventionnés	3 : Chanoine Audet (96 lits), Saint-Joseph (157 lits) et Pavillon Bellevue (50 lits)
Maison des aînés et alternative	1 : St-Étienne : mission DP (24 lits), CHSLD (96 lits)
Services de réadaptation internes	URFI (21 lits), UTRF (9 lits), 3 lits vocation mixte
Service de réadaptation externe	Blessés médullaires, blessés orthopédiques graves, TCC léger chez l'adulte, TCC léger, modéré, grave chez l'enfant
Maison de soins palliatifs	Maison de soins palliatifs du littoral (9 lits)
Unité de soins palliatifs	Hôtel-Dieu de Lévis (12 lits + 10 à 12 lits hors unité)
Centre de réadaptation dépendance	(contribution à la garde régionale)
Soins physiques en psychiatrie	Hôtel-Dieu de Lévis
Service médico-légal	Centre désigné pour la garde régionale de la trousse médico-légale (exclusivement équipe périnatalité de HDL)
Centre Jeunesse	2 CPEJ et CRJDA (Lévis et Saint-Romuald)
Groupe de médecine familiale (GMF)	1 GMF-A, 1 GMF-U et 5 GMF (St-Étienne, Lévis-les-Rivières, Lévis-Lauzon, Clinique des Ponts et Taniata)

## Caractéristiques de la population

Population au recensement de 2021	149 683 habitants				
Hausse par rapport au recensement de 2016	4,4 %				
Densité de la population au kilomètre carré	334.1 habitants par km <sup>2</sup>				
<b>Répartition (%) de la population par grands groupes d'âges :</b>					
0-14 ans	15-64 ans	65 ans et +	85 ans et +	Âge moyen	Âge médian
16,8 %	62 %	21,2 %	2 %	42,9 ans	44,8 ans

## Caractéristiques socio-économiques

Taux des travailleurs chez les 25-64 ans en 2020	81 %
Taux de faible revenu est de en 2019	3,8 %
Revenu d'emploi médian chez les 25-64 ans en 2020	54 596 \$
Revenu disponible par habitant en 2020	34 348 \$

## Caractéristiques géographiques

La MRC de Bellechasse s'étend sur une superficie de 1 759 km<sup>2</sup> bordée par les rives du fleuve Saint-Laurent (au nord), la MRC de Montmagny (à l'est), la MRC de la Nouvelle-Beauce (à l'ouest) et par la MRC Les Etchemins (au sud).

- La MRC comprend 20 municipalités sur un territoire étendu avec une population dispersée.
- Il s'agit d'un territoire rural.
- Les points de services sont éloignés les uns des autres, compte tenu de l'étendue de la superficie. Les services hospitaliers sont assurés par l'Hôtel-Dieu de Lévis ainsi que par l'Hôpital de Montmagny pour les secteurs limitrophes.

## Installations

CLSC	1 : Saint-Lazare
CHSLD	4 : Saint-Anselme (36 lits), Sainte-Claire (41 lits), Saint-Gervais (33 lits), Saint-Raphaël (54 lits)
CHSLD privé conventionné	1 : Saint-Michel (40 lits)
GMF	2 : GMF Bellechasse et le GMF Rive-de-L'Etchemin, incluant 2 sites : Saint-Anselme et Saint-Henri

## Caractéristiques de la population

Population au recensement de 2021	38 000 habitants				
Hausse par rapport au recensement de 2016	2,1 %				
Densité de la population au kilomètre carré	21,7 habitants par km <sup>2</sup>				
<b>Répartition (%) de la population par grands groupes d'âges :</b>					
0-14 ans	15-64 ans	65 ans et +	85 ans et +	Âge moyen	Âge médian
18,1 %	59,3 %	22,7 %	2,9 %	43,5 ans	44,8 ans

## Caractéristiques socio-économiques

Taux des travailleurs chez les 25-64 ans en 2020	79,2 %
Taux de faible revenu est de en 2019	5,4 %
Revenu d'emploi médian chez les 25-64 ans en 2020	45 885 \$
Revenu disponible par habitant en 2020	31 072 \$



## Caractéristiques géographiques

La MRC de la Nouvelle-Beauce s'étend sur une superficie de 905 km<sup>2</sup> bordée par la MRC de Lévis (au nord), la MRC de Bellechasse (à l'est), de la MRC de Lotbinière (à l'ouest) et par la MRC Robert-Cliche (au sud).

- Cette MRC comprend 14 municipalités sur un territoire étendu avec une population dispersée.
- Il s'agit d'un territoire rural (majoritairement) et semi-urbain (Sainte-Marie).
- Les points de services sont plutôt éloignés les uns des autres. Les services hospitaliers sont assurés par l'Hôtel-Dieu de Lévis et les services d'urgence par le Centre Paul-Gilbert.

## Installations

Centre Jeunesse	1 : CPEJ (Sainte-Marie)
CLSC	1 : Sainte-Marie
CHSLD	3 : Sainte-Marie (67 lits), Saint-Isidore (44 lits) et Sainte-Hénédiène (37 lits)
GMF	1 : Nouvelle-Beauce incluant 5 points de service : Sainte-Marie, Saint-Bernard, Frampton, Vallée Jonction et Saint-Isidore

## Caractéristiques de la population

Population au recensement de 2021	37 988 habitants				
Hausse par rapport au recensement de 2016	3,3 %				
Densité de la population au kilomètre carré	42,0 habitants par km <sup>2</sup>				
<b>Répartition (%) de la population par grands groupes d'âges :</b>					
0-14 ans	15-64 ans	65 ans et +	85 ans et +	Âge moyen	Âge médian
19,7 %	61,1 %	19,2 %	2,1 %	41,1 ans	41,2 ans

## Caractéristiques socio-économiques

Taux des travailleurs chez les 25-64 ans en 2020	81,9 %
Taux de faible revenu est de en 2019	4,4 %
Revenu d'emploi médian chez les 25-64 ans en 2020	47 763 \$
Revenu disponible par habitant en 2020	31 795 \$

## Secteur géographique

La MRC de Lotbinière s'étend sur une superficie de 1 663 km<sup>2</sup> bordée par les rives du fleuve St-Laurent (au nord), la MRC de la Nouvelle-Beauce (à l'est), la région de la Mauricie (à l'ouest) et la MRC des Appalaches (au sud).

- L'arrondissement comprend 18 municipalités sur un territoire étendu avec une population dispersée.
- Il s'agit d'un territoire rural.
- Les points de services sont plutôt éloignés les uns des autres, compte tenu de l'étendue de la superficie. Les services hospitaliers sont assurés par l'Hôtel-Dieu de Lévis et les services d'urgence par le Centre Paul-Gilbert.

## Installations

CLSC	1 : Laurier-Station
CHSLD	4 : Saint-Flavien (42 lits), Saint-Sylvestre (28 lits), Sainte-Croix (41 lits) et Saint-Apollinaire (34 lits)
GMF	2 : Laurier Station incluant les sites de Sainte-Agathe et Sainte-Croix/St-Patrice

## Caractéristiques de la population

Population au recensement de 2021	34 586 habitants				
Hausse par rapport au recensement de 2016	9,0 %				
Densité de la population au kilomètre carré	20,5 habitants par km <sup>2</sup>				
<b>Répartition (%) de la population par grands groupes d'âges :</b>					
0-14 ans	15-64 ans	65 ans et +	85 ans et +	Âge moyen	Âge médian
7,6%	51,5%	40,4%	7,0%	55,3 ans	61,6 ans

## Caractéristiques socio-économiques

Taux des travailleurs chez les 25-64 ans en 2020	79,5 %
Taux de faible revenu est de en 2019	6 %
Revenu d'emploi médian chez les 25-64 ans en 2020	43 676\$
Revenu disponible par habitant en 2020	31 547\$

## Accès à un service de première ligne - RLS Alphonse-Desjardins

Population inscrite à un médecin de famille	69.2 %	↓
Population inscrite à un groupe de médecins	7.2 %	↑
En attente au GAMF – Éligible au GAP	14.8 %	↑
Accès à un service de première ligne	91.2 %	↑

## ORGANISATION CLINIQUE RLS ALPHONSE-DESJARDINS (Chutes Chaudière et Desjardins, Lotbinière, Nouvelle-Beauce, Bellechasse)

### En 1<sup>re</sup> ligne

#### Table médicale territoriale Alphonse-Desjardins

Les participants de la Table médicale territoriale se rencontrent environ 4 fois par année. Il y a une trentaine de participants à la table territoriale du secteur Alphonse-Desjardins incluant ces membres : médecins responsables de GMF, représentants du DRMG secteur Alphonse-Desjardins, coordonnateur médical local, chefs de service, chefs de sous-services et adjoints au directeur des services professionnels. Ce joignent également deux agentes d'amélioration continue de la qualité – soutien à la transformation clinique qui travaillent en collaboration avec les médecins et leur personnel de soutien ainsi qu'avec les différents professionnels dans le but d'améliorer l'offre de service en 1<sup>re</sup> ligne, au bénéfice de la population desservie.

#### Efficienc e des services en médecine de famille (enjeux et vision par sous-territoire)

La majorité des médecins ont une pratique mixte. Ils s'impliquent à la fois dans les différentes missions intra-établissements et régionales.

Sous-territoire Nouvelle-Beauce : Le territoire de la Nouvelle-Beauce possède une grande superficie et les services de première ligne sont assurés par 1 GMF totalisant 4 points de service ainsi que d'un CLSC.

Sous-territoire Bellechasse : Le territoire de Bellechasse est un vaste territoire et les services de première ligne sont assurés par 2 GMF (Bellechasse et Rive-de-L'Etchemin). Il est souhaitable que les nouveaux arrivants puissent s'entraider au sein d'un même GMF en s'appropriant de façon autonome la gestion d'un CHSLD.

Sous-territoire Lotbinière : Le territoire de Lotbinière est très étendu, les services de première ligne sont assurés par 2 GMF. La ruralité et l'étendue du territoire en combinaison avec les retraites récentes et anticipées de plusieurs médecins en plus du nombre important d'orphelins apportent son lot de défis. La garde régionale unifiée couvrant les CHSLD et le SAD, instaurée au printemps 2022, fonctionne très bien. Lotbinière souhaite que les nouveaux médecins s'arriment aux équipes en place en CHSLD.

Sous-territoire Chutes-Chaudière/Desjardins : Le territoire Chutes-Chaudière/Desjardins est un vaste territoire et les services en première ligne sont assurés par 7 GMF incluant un GMF-A et 1 GMF-U, 2 CLSC et 2 urgences desservent aussi la population. Plusieurs patients de la région de la Capitale Nationale consultent dans ces services.

Avec la pandémie, la cohésion entre les GMF a été améliorée. Des canaux de communication ont été créés dans un esprit de collaboration et d'amélioration de l'accès aux services.

Les enjeux sont surtout au niveau de la prise en charge de la population en première ligne.

Plusieurs orphelins s'inscrivent au guichet d'accès à un médecin de famille (GAMF). Le nombre de nouveaux

facturants et de nouveaux médecins obtenant un poste dans le secteur est insuffisant pour compenser les départs. Plusieurs missions régionales nécessitent l'implication des médecins de famille (CRDP externe, clinique de plaies complexes, centre Jeunesse, toxico, trousse médico-légale, etc.).

L'implication médicale en soutien à domicile doit aussi être priorisée. Le vieillissement de la population et la surcharge des centres hospitaliers doivent motiver le changement vers une prise en charge améliorée en amont. La formation d'équipe médicale de type SADI est souhaitable dans un horizon à court terme.

## En établissement

### Volet omnipratique

CLSC Soutien à domicile Santé communautaire (santé sexuelle et planification familiale)	Service d'intervention médico-légale Toxicomanie	Centre de réadaptation pour jeunes en difficulté
---	---	--

#### Soins à domicile

Un nombre très limité de médecins ayant une nomination CLSC effectuent des activités cliniques en soutien à domicile et en santé communautaire dans le secteur Alphonse-Desjardins. Les besoins sont importants et grandissants surtout en soutien à domicile. Actuellement, on assiste à l'arrivée de quelques IPSPL qui donnent une aide appréciable en santé communautaire. Une volonté politique de réintégrer des médecins en CLSC ainsi qu'un service SADI pourrait améliorer l'offre de service. Un service de garde, par sous-territoire, est disponible.

#### Service d'intervention médico-légale

Depuis 2017, les médecins de famille du service de périnatalité de l'Hôtel-Dieu de Lévis ont accepté de couvrir cette garde régionale 24/7 associée au centre désigné. Grâce au soutien des infirmières issues de plusieurs secteurs d'activités de la première ligne (santé communautaire, infirmière scolaire, santé préventive), une meilleure organisation des soins et des trajectoires a pu être mis en place. L'objectif des prochaines années est de continuer à maintenir le recrutement d'infirmières et la formation médicale requise au maintien des compétences des professionnels œuvrant pour ce service régional.

#### Toxicomanie

Il y a deux médecins offrant un service en dépendance qui consiste à offrir des services médicaux en désintoxication et au trouble lié à l'usage d'opioïdes en collaboration avec une équipe multidisciplinaire.

#### Centre de réadaptation pour jeunes en difficulté

Aucun médecin actuellement

#### Constat:

Il y a un faible nombre de médecins travaillant en CLSC et ces ressources médicales sont près de la retraite et ne sont pas remplacées. Plusieurs médecins de GMF s'impliquent en soutien à domicile ce qui est aidant. Cependant, les équipes multidisciplinaires des CLSC ont souvent besoin de soutien médical sur place pour compléter les plans d'action et ces programmes de soins et services demeurent sous la juridiction des CLSC, ce qui constitue un enjeu

pour l'organisation de la pratique médicale.

#### **Centre d'hébergement et réadaptation :**

- Hébergement : CHSLD – Maison des Aînés
- Hôpital de jour gériatrique
- Réadaptation interne : Unité transitoire de réadaptation fonctionnelle : (UTRF), Unité de réadaptation fonctionnelle intensive : (URFI)
- Réadaptation externe : Service de prise en charge des blessés médullaires, des blessés orthopédiques graves, TCC léger chez l'adulte, TCC léger, modéré, grave chez l'enfant

### **Hébergement**

Tous les centres d'hébergement ont actuellement une couverture médicale et le système de garde est appliqué selon les modalités définies par sous-secteur. Presque tous les CHSLD se sont prévalus de la LE 327 qui met en place des modalités incitatives visant à assurer, par un groupe de médecins concerté, une prise en charge globale et une continuité des services médicaux auprès des personnes hébergées. L'instauration du constat de décès à distance est un avantage considérant le vaste territoire.

La collaboration d'une IPS pourrait venir consolider les équipes médicales et diminuer la charge de travail en cas d'absence prolongée d'un médecin.

L'ouverture de la Maison des Aînés, les départs à la retraite ainsi que les réorientations de pratique nécessitent le recrutement de ressources médicales pour assurer une couverture médicale adéquate et une réorganisation de la garde en longue durée.

#### **Hôpital de jour gériatrique**

La disponibilité des omnipraticiens impliqués à l'hôpital de jour gériatrique varie dans le temps. Différentes trajectoires ont été définies pour permettre un meilleur suivi des patients malgré la pénurie de médecins omnipraticiens. Un à deux médecins sont disponibles à temps partiel à l'hôpital de jour gériatrique. La clinique externe de gériatrie se fait maintenant au Centre Paul-Gilbert, mais est une entité différente de l'hôpital de jour gériatrique. Éventuellement, il serait bénéfique de rediscuter de l'offre de service et de la structure de l'hôpital de jour gériatrique (contribution des gériatres et médecins de famille, implantation UJEG (unité de jour d'évaluation gériatrique) pour assurer une meilleure offre de service.

#### **Réadaptation : UTRF-URFI**

Les services de réadaptation interne reposent sur l'expertise de deux équipes d'omnipraticiens (une pour l'URFI (unité de réadaptation fonctionnelle intensive) et l'autre pour l'UTRF (unité transitoire de récupération fonctionnelle)). La demande en réadaptation est de plus en plus grande autant en URFI qu'en UTRF - le nombre de lits a été augmenté récemment pour répondre à la demande. La garde de l'URFI se fait séparément de celle de l'UTRF (qui est jumelée à celle de l'hébergement du secteur de Chutes-Chaudière). La pénurie de médecins et de personnel d'autres instances de réadaptation (l'URFI de Beauceville) entraîne une pression additionnelle sur les équipes. L'équipe de l'URFI a intégré la collaboration d'IPS dans la tournée médicale et cela vient consolider la couverture médicale en place. Ce modèle pourra être intégré également à l'UTRF au courant des prochaines années (rôle hybride de l'IPS : CHSLD

Centre Paul-Gilbert-UTRF) afin de poursuivre la collaboration des IPS pour le suivi médical.

### **CRDP - Réadaptation externe**

Les services de réadaptation externe reposent sur l'expertise pointue de quelques médecins omnipraticiens en fin de pratique et d'un physiatre. Les équipes demeurent toujours fragiles et le support des médecins spécialistes est restreint et nécessitera un engagement plus important dans les prochaines années. La couverture médicale du service de réadaptation externe en TCC enfant est assurée grâce à la collaboration des physiatres de l'IRDPO (institut de réadaptation et de déficience physique de Québec). La fragilité des équipes de réadaptation et leur expertise pointue rend obligatoire une réflexion sérieuse sur le modèle d'organisation des services. La rareté des ressources médicales ayant développé l'expertise nécessaire, la difficulté à recruter (secteur d'activité B) et la détermination des rôles rattachés aux omnipraticiens, aux professionnels et aux médecins spécialistes sont des facteurs à considérer dans la réorganisation du travail.

### **Activités hospitalières**

- Urgence
- Hospitalisation
- Obstétrique
- Soins palliatifs
- UCDG
- Clinique de la douleur

### **Urgence**

Le secteur Alphonse-Desjardins compte deux urgences sur son territoire, soit l'Hôtel-Dieu de Lévis et le Centre Paul-Gilbert.

#### **▪ Hôtel-Dieu de Lévis :**

L'urgence de l'Hôtel-Dieu de Lévis est une urgence à mission régionale de niveau tertiaire type 3A avec un volet d'enseignement universitaire dans laquelle tous les médecins sont impliqués à différents degrés ainsi qu'un volet recherche. L'équipe d'urgentistes de l'HDL est à l'origine de l'ouverture du service de médecine hyperbare, de la clinique de plaies complexes et de l'unité de coordination clinique des services préhospitaliers d'urgence (UCCSPU) qui offre des services pour 11 régions administratives. Ces trois secteurs d'activités sont des missions suprarégionales. Des omnipraticiens font parti de la composition de ces équipes de soins. La composition de l'équipe médicale est de 24 omnipraticiens (urgentistes) détenteurs de privilèges et de 12 spécialistes en médecine d'urgence (urgentologues). Selon le cadre de référence des urgences, on devrait compter 33 ETC à l'HDL.

Le nombre de visite à l'urgence de HDL est en hausse de 8,5 % par rapport à 2017. En 2022, c'est près de 65 % de la clientèle qui fut cotée P4 ou P5, une hausse de 5 % par rapport à 2017. Un système de réorientation de la clientèle P4-P5 est en fonction depuis quelques années. Les taux de réorientation sont passés de 7,2 % en 2017 à 15 % en 2018 pour rebaisser à 10,1 % au début 2022 à Lévis. La DMS sur civière est passée de 12,8 heures à HDL en 2018 à 16,75 heures en 2022.

#### **▪ Centre Paul-Gilbert :**

L'urgence de Centre Paul-Gilbert est une urgence ambulatoire de niveau 2B. La composition de l'équipe médicale est

de 11 omnipraticiens (urgentistes) et le cadre de référence des urgences prévoit 10 ETC.

Temporairement en contexte de pandémie, l'urgence du Centre Paul-Gilbert a été une clinique désignée d'évaluation (CDÉ). Depuis sa réouverture, le nombre de visites totales annuelles est de 40 000 consultations.

Cette urgence bénéficie d'heures d'ouverture variables en semaine de 7h à 23h ainsi que la fin de semaine et les jours fériés de 7h à 19h.

#### **Constat :**

L'augmentation de la densité de la population avec l'installation de jeunes familles et le vieillissement de la population entraînent une augmentation significative du volume de consultations. Le nombre élevé d'usagers orphelins joue aussi un rôle dans l'augmentation du volume de consultations à l'urgence qui devient une porte d'entrée dans le système de santé. De même, le système de réorientation atteint sa limite devant un manque de plages en disponibilité offertes en première ligne.

Par ailleurs, la pénurie de main-d'œuvre jumelée au taux élevé d'occupation sur les étages d'hospitalisation crée un engorgement des civières à l'urgence par des patients en attente de lit à l'étage. De plus, la complexité grandissante des cas (clientèle gériatrique aux multiples comorbidités) alourdi la tâche pour les urgentistes qui doivent prendre plus de temps par patient, diminuant ainsi le nombre de patients pris en charge. Compte tenu de la congestion importante et du manque de ressources que vivent les urgences, il faut optimiser les processus actuels pour offrir le bon soin au bon patient au bon endroit. Des trajectoires de soins alternatives à l'urgence devront être rapidement mises en œuvre afin de pallier à cette situation.

Afin de faire face aux différents enjeux décrits ci-haut, notons les orientations à venir pour le département d'urgence: l'urgence adaptée à la personne âgée, le déploiement de nouveaux volets à l'UCCPSU et le nouveau pavillon d'enseignement et en simulation médicale.

#### **Hospitalisation :**

Il y a maintenant deux équipes complètes de médecins hospitalisant en médecine générale à l'Hôtel-Dieu de Lévis.

Chaque équipe prend en charge jusqu'à 18 patients.

L'équipe assure par ailleurs l'enseignement pour le volet hospitalisation en médecine générale pour les résidents de médecine familiale qui effectuent des stages au GMF-U de Lévis.

Le taux de prise en charge hospitalière en médecine générale à HDL est de l'ordre d'un peu plus de 20 % des hospitalisations.

Les usagers ayant besoin de soins physiques en psychiatrie sont désormais vus par un médecin de famille travaillant à temps partiel sur cette unité.

#### **Obstétrique :**

Une équipe de 10 médecins accoucheurs assurent une garde 24h-7j en périnatalité à l'HDL et travaillent en collaboration avec les gynécologues et les pédiatres. Ils font le suivi de patientes à la clinique de grossesse, la tournée des nouveau-nés à la pouponnière et les accouchements de toutes les patientes suivies en médecine

familiale sur le territoire d'Alphonse-Desjardins. Les médecins font également l'enseignement des résidents du GMF-U de Lévis durant leur stage obligatoire de périnatalité.

#### **Soins palliatifs :**

L'aménagement de la nouvelle unité de soins palliatifs de l'Hôtel-Dieu de Lévis (12 lits) et l'ouverture de la clinique externe de soins palliatifs au sein du CRIC et une maison privée des soins palliatifs sont des avancées pour les usagers en fin de vie. L'offre de service de la clinique externe de soins palliatifs est actuellement limitée. Seulement quelques membres participent à son fonctionnement et la présence médicale est de deux à trois journées par semaine. L'ajout d'une IPS dans l'équipe en 2023 sera un atout pour élargir cette offre. Les enjeux actuels sont reliés au manque de lits (unité toujours complète et présence d'une liste d'attente). Il est prévisible que l'unité actuelle sera insuffisante pour la demande de soins palliatifs hospitaliers des prochaines années avec la population vieillissante. Il existe des enjeux d'accès à une chambre privée dans un milieu calme et approprié pour l'administration de l'aide médicale à mourir (AMM) vu la hausse du taux d'occupation des lits en centre hospitalier. Des alternatives doivent être envisagées dans les prochaines années telle qu'une réorganisation des services (salle de soins plutôt qu'une chambre d'hospitalisation, autre milieu externe à l'hôpital) afin de diversifier et élargir l'offre globale.

#### **UCDG :**

L'offre de service médicale est assumée majoritairement par les gériatres en collaboration avec une omnipratricienne. L'offre de service en médecine générale consiste à offrir des soins hospitaliers gériatriques et de fournir de l'enseignement aux résidents en médecine familiale.

Avec le vieillissement de la population qui s'accélère et la complexité des soins gériatriques, il faut prévoir d'intensifier les soins à domicile.

#### **Clinique de la douleur :**

La contribution d'un seul médecin omnipratricien à la clinique de la douleur comporte un enjeu pour la pérennité de l'offre de service.



## Volet spécialité

### Cliniques spécialisées (chirurgie, endoscopie, etc.)

Anatomopathologie :	7/7	Inclut une arrivée en 2024
Anesthésiologie :	20/20	Inclut deux arrivées en 2025
Biochimie médicale :	3/3	
Cardiologie :	10/10	Inclut une arrivée en 2024
Chirurgie générale :	8/8	
Chirurgie orthopédique :	7/7	
Chirurgie plastique :	4/4	
Dermatologie :	5/6	
Gastro-entérologie :	10/10	
Gériatrie :	8/8	Inclut une arrivée en 2025
Hématologie-oncologie :	11/12	Inclut une arrivée en 2024
Immunologie clinique et allergie :	1/2	Inclut une arrivée en 2024
Médecine d'urgence :	12/12	Inclut une arrivée en 2024
Médecine interne :	11/11	Inclut une arrivée en 2024
Médecine nucléaire :	5/5	
Médecine physique et réadaptation :	2/3	
Microbiologie médicale et infectiologie :	7/7	
Néphrologie :	2/6	
Neurologie :	9/9	
Obstétrique et gynécologie :	12/12	Inclut une arrivée en 2024
Ophtalmologie :	7/7	
Oto-rhino-laryngologie et chirurgie cervico-faciale :	6/6	
Pédiatrie :	11/11	
Pneumologie :	9/9	Inclut une arrivée en 2024
Psychiatrie adulte :	17/21	Inclut une arrivée en 2024
Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent :	8/11	
Radiologie diagnostique :	16/16	
Radio-oncologie :	7/7	
Rhumatologie :	5/6	
Santé publique, médecine préventive et médecine du travail :	6/8	
Urologie :	6/6	

## Activités académiques

### GMF-U de Lévis

Le GMF-U de Lévis peut accueillir 24 médecins résidents à temps complet. Quelques résidents sont en stage ectopique d'un à trois mois en cours d'année. Le GMF-U reçoit également des étudiantes et étudiants au doctorat en médecine dans le cadre de leur externat longitudinal intégré (ELI) pour quelques semaines durant leur stage de médecine familiale.

Après le déménagement du GMF-U, prévu en 2025, il est souhaité que la cohorte soit augmentée à 14, ce qui totaliserait 28 résidents.

- Nombre d'apprenants: 8 ELI (externat longitudinal intégré)
- 1 stagiaire IPS, 1 stagiaire en psychologie, 1 stagiaire en service social, stagiaires en sciences infirmières et programme de stage d'adaptation d'infirmières provenant de la France.
- 22 médecins (pratique mixte, incluant l'hospitalisation, l'obstétrique et le CHSLD) participent à la mission clinique, à l'enseignement et à la recherche.
- Demande du Collège des médecins pour stage de mise à jour des connaissances pour certains médecins.





### Pavillon d'enseignement de la médecine

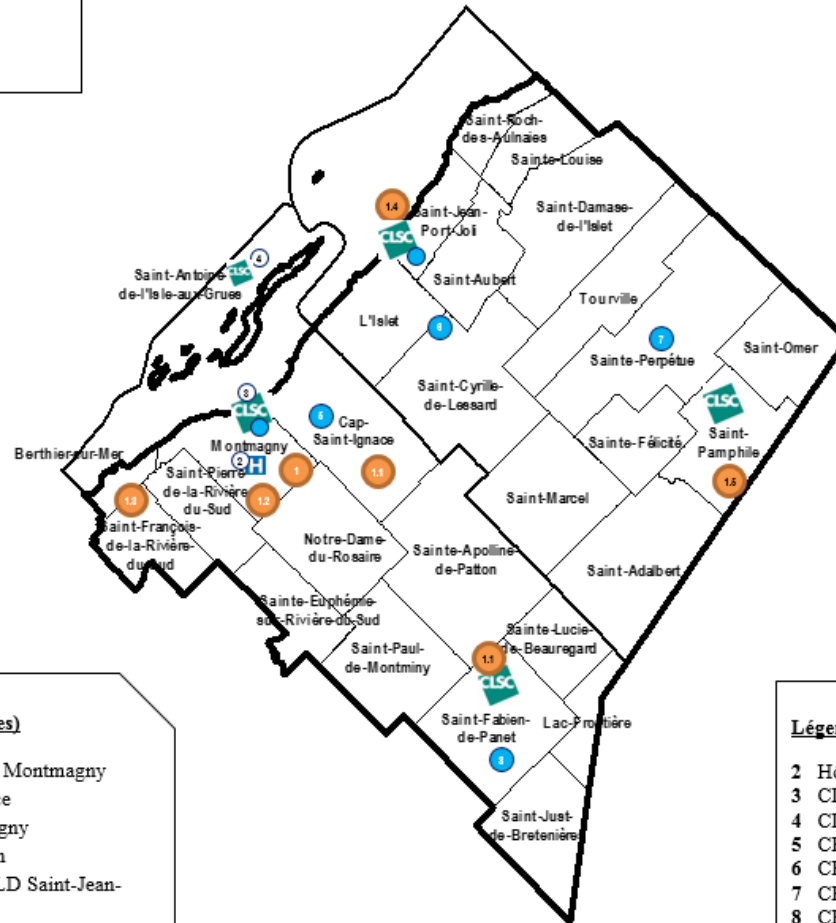
Le Pavillon d'enseignement de la médecine de Lévis est un nouveau site d'enseignement du programme délocalisé de la médecine affiliée à l'Université Laval en Chaudière-Appalaches. La formation médicale offerte permet d'exposer les étudiants aux réalités régionales et a pour objectif de susciter l'envie des futurs médecins de faire carrière hors des grands centres urbains.

La première cohorte étudiante a commencé sa formation en médecine à Lévis à l'automne 2022 et a intégré le nouveau pavillon en février 2023. Elle est composée de 18 étudiants au cheminement de 3 ans au pré-externat. L'externat traditionnel sera effectué à Québec avec une possibilité de réaliser l'externat longitudinal intégré dans l'un des trois sites de Chaudière-Appalaches. Ce projet d'externat longitudinal intégré offre à l'externe une période d'apprentissage d'un an dans un même milieu de pratique. Cette formation s'effectue selon une approche axée sur la pratique en région, adaptée aux besoins des communautés.

Dès l'automne 2023, les cohortes seront composées de 30 étudiants.

## GMF – RLS de Montmagny-L'Islet

 Centre hospitalier  
 CLSC  
 CHSLD  
 Groupe de médecine familiale



### Légende GMF de Montmagny (7 sites)

- 1 Site principal Clinique médicale de Montmagny
- 1.1 Clinique médicale Cap Saint-Ignace
- 1.2 Clinique médico-dentaire Montmagny
- 1.3 Clinique médicale Dr Simon Morin
- 1.4 GMF intramuros et CLSC et CHSLD Saint-Jean-Port-Joli
- 1.5 GMF intramuros et CLSC Saint-Pamphile
- 1.6 GMF intramuros et CLSC Saint-Fabien-de-Panet

### Légende autres installations

- 2 Hôpital de Montmagny
- 3 CLSC et CHSLD de Montmagny
- 4 CLSC de Saint-Antoine-de-L'Isle-aux-Grues
- 5 CHSLD de Cap-Saint-Ignace
- 6 CHSLD de Saint-Eugène
- 7 CHSLD de Sainte-Perpétue
- 8 CHSLD de Saint-Fabien-de-Panet

<b>Secteur géographique</b>					
<p>La MRC de L'Islet s'étend des rives du fleuve Saint-Laurent (au Nord) jusqu'à la frontière américaine (au Sud) et s'étend sur une superficie de 2 097 km<sup>2</sup>.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>La MRC comprend 14 municipalités sur un territoire étendu avec une population très dispersée.</li> <li>L'accessibilité au transport collectif est limitée (horaire limité).</li> <li>La MRC se divise en 2 territoires de CLSC, soit Saint-Pamphile près des frontières américaines dans L'Islet Sud et Saint-Jean-Port-Joli bordant le fleuve dans L'Islet Nord.</li> <li>Il s'agit d'un territoire majoritairement rural.</li> </ul>					
<b>Installations</b>					
CLSC	2 : Saint-Pamphile et Saint-Jean-Port-Joli				
CHSLD	1 : Saint-Jean-Port-Joli (36 lits)				
Maisons d'hébergement	4 : Saint-Eugène (32 lits) et Sainte-Perpétue (32 lits)				
<b>Caractéristiques de la population</b>					
Population au recensement de 2021			17 598 habitants		
Hausse par rapport au recensement de 2016			- 1,1 %		
Densité de la population au kilomètre carré			8,4 habitants par km <sup>2</sup>		
<b>Répartition (%) de la population par grands groupes d'âges :</b>					
0-14 ans	15-64 ans	65 ans et +	85 ans et +	Âge moyen	Âge médian
13,7 %	58,8 %	27,5 %	3,9 %	47,9 ans	52,0 ans
<b>Caractéristiques socio-économiques</b>					
Taux des travailleurs chez les 25-64 ans en 2020			74,1 %		
Taux de faible revenu est de en 2019			6,2 %		
Revenu d'emploi médian chez les 25-64 ans en 2020			40 472 \$		
Revenu disponible par habitant en 2020			29 992 \$		

## Secteur géographique

La MRC de Montmagny est bornée pour le secteur nord, par les plaines du Saint-Laurent qui s'étendent d'ouest en est. Pour le secteur sud, on la caractérise par la région des Appalaches où l'on retrouve une série de crêtes et de terrasses rocheuses. Elle s'étend sur une superficie de 1713 km<sup>2</sup>.

- La MRC comprend 14 municipalités.
- L'accessibilité au transport collectif est limitée (horaire limité).
- La MRC se divise en 2 territoires de CLSC soit Montmagny (incluant le point de service insulaire de L'Isle-aux-Grues) et Saint-Fabien-de-Panet.
- On retrouve à L'Isle-aux-Grues une population de 144 habitants insulaires permanents (2016). Les moyens de transport par bateau et par avion comportent une incertitude en lien avec les conditions météorologiques et l'état des glaces. Cette population se retrouve à l'occasion complètement isolée.

## Installations

CLSC	3 : Montmagny, Saint-Antoine-de-l'Isle-aux-Grues et Saint-Fabien de Panet
CHSLD	3 : Montmagny (65 lits), Cap Saint-Ignace (48 lits) et Saint-Fabien de Panet (38 lits)
Centre hospitalier	1 : Montmagny
Centre Jeunesse	1 : CPEJ et CRJDA (Montmagny)
GMF	1 : GMF avec 6 points de service
Service de réadaptation externe	1 : Montmagny : CRDI 16 places en centre d'activités de jour + services externes et CRDPM services externes)

## Caractéristiques de la population

Population au recensement de 2021	22 481 habitants
Hausse par rapport au recensement de 2016	- 1,0 %
Densité de la population au kilomètre carré	13,3 habitants par km <sup>2</sup>

### Répartition (%) de la population par grands groupes d'âges :

0-14 ans	15-64 ans	65 ans et +	85 ans et +	Âge moyen	Âge médian
13,4 %	57,1 %	29,7 %	3,4 %	48,2 ans	52,8 ans

## Caractéristiques socio-économiques

Taux des travailleurs chez les 25-64 ans en 2020	73,2 %
Taux de faible revenu est de en 2019	6,7 %
Revenu d'emploi médian chez les 25-64 ans en 2020	41 600 \$
Revenu disponible par habitant en 2020	30 084 \$

## Accès à un service de première ligne - RLS Montmagny-L'Islet

Population inscrite à un médecin de famille	83.1%	↓
Population inscrite à un groupe de médecins	6.2 %	↑
En attente au GAMF – Éligible au GAP	3.3 %	↓
Accès à un service de première ligne	92.6 %	↑

## ORGANISATION CLINIQUE DU RLS MONTMAGNY-L'ISLET

### En première ligne

#### Table médicale territoriale (TMT) : réunion du Service de médecine générale

La Table médicale territoriale de Montmagny-L'Islet correspond au Service de médecine générale qui regroupe la majorité des médecins du territoire de Montmagny et de L'Islet. Presque tous les médecins du secteur détiennent un statut et des privilèges dans les installations du territoire. Le nombre de réunions de la Table médicale correspond au nombre de réunions du Service de médecine générale; soit 8 par année. De plus, il y a des réunions de sous-service de médecine générale dans les points de service CLSC (Saint-Jean-Port-Joli, Saint-Pamphile, Saint-Fabien-de-Panet). Les médecins sont majoritairement en pratique mixte, ce qui entraîne un processus en vase communicant permettant d'ajuster l'offre de service en fonction des besoins prioritaires. Le nombre de médecins omnipraticiens est 55 ETC pour le territoire de Montmagny-L'Islet représentant 1 médecin pour 1500 habitants en première ligne (source : MSSS Méthode exploratoire pour évaluer le besoin à combler par territoire, juillet 2022). À noter que ces omnipraticiens prennent également en charge l'ensemble des missions leur étant dévolues : hospitalisation, urgence, soins palliatifs, CHSLD, obstétrique dans une perspective de polyvalence. Dans ce RLS, 12% des médecins ont plus de 65 ans.

#### Problématiques :

Dans le secteur de Montmagny-Sud, le taux d'inscription individuelle est peu élevé par médecin. Par contre, on retrouve une accessibilité populationnelle 24/7 par le biais de la garde médicale au CLSC Saint-Fabien-de-Panet. De plus, les médecins ont accepté la totalité de leur population locale en inscription collective ce qui apporte une excellente accessibilité.

Depuis quelques années, les exigences sont de plus en plus élevées par sphère d'activités ce qui entraîne une tendance à diminuer plus rapidement le nombre d'activités par médecin limitant la polyvalence, fragilisant les équipes et mettant à risque la capacité de répondre à toutes les missions. Le défi est de s'assurer que les leaders médicaux maintiennent l'adhésion à la polyvalence.

Le changement de chef de service de médecine générale apportera une modification de l'organisation et de la coordination en première ligne. Ce chef est actuellement à la recherche d'un cochef. L'adjointe à la DSP devra

supporter davantage ce service.

## Groupe de médecine de famille (GMF)

On compte un seul GMF multisites de niveau 11 avec plusieurs points de service répartis sur un large territoire incluant 3 sites intramuros (CLSC de Saint-Pamphile, CLSC de Saint-Jean-Port-Joli et CLSC de Saint-Fabien-de-Panet). Il n'y a aucune clinique médicale hors GMF sur ce territoire. Le GMF de Montmagny a accepté en inscription collective 2000 usagers ce qui améliorera l'accessibilité à la clientèle orpheline. Certains secteurs (Montmagny-Sud et L'Islet-Nord) ont pris en charge la totalité des usagers orphelins inscrits au GAMF en inscription collective. Le programme TRCO a été développé en GMF afin d'améliorer la prise en charge de la clientèle atteinte de troubles cognitifs. Ce programme a atteint un bon niveau de maturité et une efficacité permettant à cette clientèle d'être admise directement de la communauté au CHSLD sans passer par l'hôpital grâce à des trajectoires de services. L'augmentation de la cohorte d'usagers suivis par le programme TRCO nécessitera de revoir l'alliance avec les autres programmes du CLSC afin d'assurer la réponse optimale aux besoins de ces usagers.

### Problématiques :

Le recrutement pour les secteurs de Saint-Fabien-de-Panet et de Saint-Pamphile est difficile et la rétention dans le secteur de Saint-Jean-Port-Joli est faible.

Un médecin du GMF (site Saint-Jean-Port-Joli) se déplace environ 1 fois/mois à l'Isle-aux-Grues. Il est pilote d'avion et prévoit partir à la retraite à l'été 2023.

Enjeu : accès très limité à la clinique de la douleur pour les médecins de famille souhaitant référer leurs patients. L'offre de service et la trajectoire pour la clinique de la douleur doivent être revues.

## En établissement

### Volet omnipratique

#### CLSC

- |                             |                    |                     |
|-----------------------------|--------------------|---------------------|
| ▪ Cliniques externes (omni) | ▪ Soins à domicile | ▪ Santé sexuelle    |
| ▪ Clinique Jeunesse         | ▪ Santé mentale    | ▪ Services courants |

La plupart des médecins assument les suivis SAD de leur clientèle au besoin.

Les équipes multidisciplinaires en soutien à domicile sont à maturité avec des compétences permettant une collaboration étroite avec les médecins du territoire.

Il existe 4 CLSC dont 3 qui abritent un point de service GMF réparti sur le territoire (Saint-Jean-Port-Joli, Saint-Fabien-de-Panet et Saint-Pamphile) ainsi qu'un CLSC dans le secteur de Montmagny avec point de service à l'Isle-aux-Grues sans équipe médicale sur place.

Une IPSPL est intégrée aux équipes médicales des points de service GMF établies dans les CLSC Saint-Pamphile,

Saint-Jean-Port-Joli, Saint-Fabien-de-Panet et à la clinique médicale de Montmagny.

**Problématiques :**

La difficulté de recrutement et la rétention dans le territoire de Saint-Pamphile, Saint-Jean-Port-Joli et Saint-Fabien-de-Panet rendent vulnérable l'offre de services médicaux incluant la garde médicale, la prise en charge et le sans rendez-vous sans rupture de service. Cette problématique se combine à une difficulté d'accès au transport et la distance à parcourir pour la clientèle dont il faut tenir compte. Par ailleurs, le modèle d'organisation du CLSC Saint-Fabien-de-Panet sera à revoir dans un avenir rapproché. En effet, il existe une garde 24/7 qu'il sera difficile de maintenir lors du départ de certains médecins. C'est le secteur dans lequel on retrouve le moins d'inscriptions par médecin de famille. Par contre, la population locale a une excellente accessibilité aux services médicaux.

Le maintien de la garde médicale quotidienne dans tous les points de service sera un enjeu majeur au cours des prochaines années en raison du nombre de postes autorisés au PREM, l'attrait aux milieux périphériques et le manque de ressources infirmières pour supporter les médecins. Étant donné la distance et la capacité d'accueil du GMF de Montmagny - clinique médicale de Montmagny, il est primordial de maintenir le sans rendez-vous populationnel par secteur. Une tendance est observée à la migration des médecins en périphérie vers la clinique médicale de Montmagny mettant à risque l'offre de service en CLSC.

On observe peu d'inscriptions auprès des nouveaux médecins. Il faut s'assurer que ces nouveaux médecins aient un équilibre entre la prise en charge et les autres secteurs d'activités.

Au cours de la prochaine année, le défi sera d'optimiser l'utilisation des ressources professionnelles afin d'améliorer la prise en charge de la clientèle et ainsi, l'efficacité du médecin.

**CHSLD**

- Hébergement
- Service ambulatoire gériatrique (SAG)

**Problématiques :**

Les équipes médicales sont restreintes par CHSLD ce qui rend l'offre de service précaire dans certains centres. Heureusement, les médecins collaborent très bien entre eux et assurent un soutien à la garde en cas d'absence ou de vacances. Il faut évaluer la possibilité d'intégrer des IPS en CHSLD. Par ailleurs, le nombre de citoyens âgés en perte d'autonomie parfois sévère se répartit dans plusieurs résidences privées. Cette population demeure un défi de taille pour l'organisation médicale qui doit compter sur le travail d'équipe avec les différents professionnels.

Volet SAD : déploiement et intégration du nouveau service 24/7. Il sera important de tisser des liens entre le programme SAPA et les médecins de famille, de consolider et de pérenniser le trio (adjointe DSP, médecin vigie SAPA, gestionnaire SAPA) afin de s'assurer d'une bonne coordination. L'enjeu demeure de trouver un médecin ayant l'intérêt de travailler en cogestion avec le programme SAPA regroupant la mission gériatrique (SAD, CHSLD, UCDG).

Volet CHSLD : amélioration et harmonisation des pratiques de soins en gériatrie à amorcer.



## Urgence

L'urgence de l'Hôpital de Montmagny est la seule du territoire. Un fort pourcentage de clients P4-P5 se retrouvent à l'urgence malgré la réorientation et la présence de 4 sans rendez-vous répartis sur le territoire. La trajectoire des P4-P5 est maintenant bien implantée. Une bonne collaboration est établie au sein de chaque point de service du GMF de Montmagny. La desserte supra-territoriale génère aussi plusieurs consultations à l'urgence provenant majoritairement de Bellechasse.

La DMS sur civière est 10,1 heures (toute population confondue), 11,5 heures (75 ans et +) et 11.7 heures (85 ans et +) malgré un fort pourcentage (33 %) de la population au-dessus de 75 ans.

### **Problématiques :**

La population est vieillissante avec 30 % de personnes de plus de 65 ans. Ce sera un défi pour les années à venir de par la lourdeur des cas qui aura un impact sur la prestation de soins. Malgré le taux élevé de personnes âgées, les DMS sont les plus courtes de la région de la Chaudière-Appalaches. Ce résultat s'explique possiblement par la philosophie de l'approche adaptée à la personne âgée dont l'implantation a débuté dans les années 2010. Cette culture doit se maintenir et le renouvellement des équipes médicales et professionnelles oblige à la vigilance en lien avec sa pérennité.

Il est important de maintenir une belle alliance et une cogestion entre le gestionnaire à l'urgence et le chef de Service de médecine d'urgence. Dans le but d'améliorer la fluidité, des trajectoires cliniques devront être développées (thrombophlébite, FA, etc.). Il est important de maintenir le service GEM nurse de façon continue (7/7) à l'urgence dans le contexte de pénurie de ressources.

- Hospitalisation
- Gériatrie/UCDG
- Soins palliatifs
- Obstétrique
- Plan des effectifs

On dénombre à l'Hôpital de Montmagny 71 lits dont 41 en médecine-chirurgie, 3 en pédiatrie, 5 en obstétrique, 4 en soins intensifs, 8 en gériatrie (UCDG) et 10 en psychiatrie.

### Hospitalisation et obstétrique :

À l'Hôpital de Montmagny, le nombre d'accouchements par année équivaut à environ 2,5 ETC médecins en obstétrique ce qui engendrait un risque important de rupture. Le modèle choisi consiste en une tournée hospitalière combinée obstétrique et médecine afin de maintenir un groupe de 6 à 7 médecins et ainsi diminuer les risques de rupture.

Il existe 3 équipes d'hospitalisation dont une dédiée à l'obstétrique. La majorité des accouchements sont effectués par les omnipraticiens soutenus par 2 gynécologues. Par ailleurs, le plan d'effectifs des internistes majoré à 6 permet la prise en charge de l'unité des Soins intensifs et d'un certain nombre d'usagers à l'hospitalisation par cette équipe. Le taux de prise en charge des usagers hospitalisés par les spécialistes était de 33,6 % en 2017 et atteint 37,5 % en

2021 laissant un peu plus de 62 % des séjours hospitaliers aux soins des omnipraticiens. La cible ministérielle est donc atteinte pour cet hôpital comptabilisant moins de 30 000 jours d'hospitalisation/année.

Enjeu : assurer la répartition équitable des usagers entre les 3 équipes de tournée hospitalière et maintenir des groupes de 6-7 médecins afin que chaque médecin assume environ 1 semaine/5 considérant les congés de maternité, vacances et maladies.

#### UCDG :

Le départ de 2 omnipraticiens dont 1 spécialisé en gériatrie a amené à revoir l'organisation de l'offre de service. L'ajout de ressources médicales deviendra incontournable considérant les caractéristiques de la population. L'équipe est composée d'une omnipraticienne ayant une année complémentaire en gériatrie et de 3 omnipraticiennes qui ont démontré un intérêt à s'impliquer à l'UCDG (8 lits) afin d'éviter des ruptures de service. Le service de gériatrie ambulatoire est composé d'une omnipraticienne et d'une gérontopsychiatre de Lévis qui offre un service de 2<sup>e</sup> ligne à une fréquence variable en fonction de ses autres obligations et disponibilités. Afin d'assurer une continuité de ce service et de maintenir une expertise en gériatrie, il faut prévoir l'ajout de ressources spécialisées localement.

Enjeu : améliorer le continuum de service avec la clientèle âgée et ainsi leur assurer un service de proximité. Une candidate a manifesté un intérêt pour un poste en gériatrie mais aucun poste n'est présentement dédié à l'Hôpital de Montmagny. L'intégration de cette spécialité permettrait de développer davantage l'offre de service et ainsi assurer une meilleure coordination des soins en gériatrie. Il sera important de faire reconnaître ce besoin auprès de l'équipe régionale.

#### **Les omnipraticiens sont impliqués dans certaines activités spécifiques telles que :**

##### Soins palliatifs :

Les soins palliatifs sont assurés par l'ensemble des médecins. Toutefois, il y a possibilité de se référer à une équipe multidisciplinaire ayant développé une expertise dans ce domaine incluant 2 omnipraticiens. Il faut revoir l'offre de service (consultation externe, hospitalisation et garde) et prévoir de la relève pour le comité de soins palliatifs.

Oncologie : 2 médecins sont impliqués pour le suivi de tous les usagers recevant des traitements de chimiothérapie.

Enjeu : Présence des hémato-oncologues sur place pour maintenir l'offre de service par les omnipraticiens qui sont impliqués dans les soins oncologiques.

#### **Problématiques:**

Le groupe de médecins en obstétrique est actuellement fragile. Le recrutement en obstétrique devra être priorisé mais le nombre limité de postes au PREM ne nous permet pas de répondre à tous les besoins.

#### **Maison de soins palliatifs - La maison d'Hélène**

Cette maison de soins palliatifs compte 6 lits et accueille des usagers en soins palliatifs de cancer et/ou de maladies chroniques ayant un pronostic de moins de 2 mois. Elle a été la première au Québec à offrir l'aide médicale à mourir pour les usagers qui optent pour cette approche de soins de fin de vie. Il y a 4 médecins qui assurent une garde 24/7.

**Problématiques :**

Avec une équipe développant une expertise reconnue, il est risqué de voir les autres médecins se désengager de ce type de soins ce qui serait problématique puisque des soins palliatifs devront continuer à se donner sur tout le territoire.

**Services de diagnostics (radiologie, laboratoire)**

Les médecins omnipraticiens ont un bon accès aux services de diagnostics (prélèvements et radiologie) sur les heures d'ouverture des cliniques médicales.





**Problématiques :**

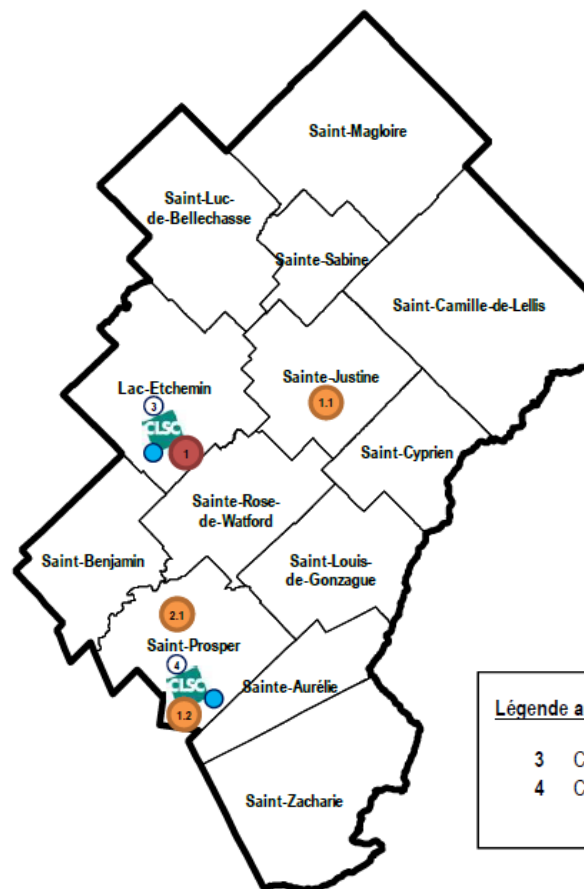
Radiologie : accessibilité plus difficile au niveau des scopies d'intervention et augmentation des délais d'attente dans tous les milieux.

**Volet spécialité****Cliniques spécialisées (chirurgie, endoscopie, etc.)**

Anatomopathologie :	1/1
Anesthésiologie :	6/6
Chirurgie générale :	5/5
Chirurgie orthopédique :	4/4
Médecine interne :	6/6
Obstétrique et gynécologie :	1/2
Ophthalmologie :	3/3
Oto-rhino-laryngologie et chirurgie cervico-faciale :	2/2
Pédiatrie :	1/1
Psychiatrie adulte :	6/6
Radiologie :	3/3

## GMF – RLS des Etchemins

 CLSC  
 Groupe de médecine familiale universitaire  
 Groupe de médecine familiale  
 Clinique médicale



**Légende GMF**

GMF-U des Etchemins

- 1. Centre multi SSS de Lac-Etchemin (site principal-en établissement)
- 1.1 Clinique médicale Sainte-Justine
- 1.2 CLSC et CHSLD Saint-Prospér (site en établissement)

GMF Clinique familiale (site principal en Beauce)

- 2.1 Clinique médicale Saint-Prospér

**Légende autres installations**

- 3 CLSC et CHSLD de Lac-Etchemin
- 4 CLSC et CHSLD de Saint-Prospér

### Secteur géographique

La MRC des Etchemins est répartie sur 1 810 km<sup>2</sup>. Elle est bordée par les MRC de Montmagny, de Bellechasse, de Robert-Cliche, de Beauce-Sartigan ainsi que par la région du Bas St-Laurent.

- La MRC comprend 13 municipalités sur un territoire étendu avec une population dispersée.
- Il s'agit d'un territoire rural qui inclut 8 municipalités de moins de 1 000 habitants.
- Le territoire se caractérise par 2 agglomérations semi-urbaines qui ont entre 3 600 et 4 030 habitants.
- Les points de service sont éloignés les uns des autres, compte tenu de l'étendue de la superficie. Les services hospitaliers sont assurés par l'Hôtel-Dieu de Lévis ou par l'Hôpital de Saint-Georges.

Il n'existe pas de réseau de transport en commun.

### Installations

CLSC	1 : Lac-Etchemins
CHSLD	2 : Saint-Prospier (19 lits) et Lac-Etchemins (87 lits)
GMF-U	1 : Lac-Etchemins

### Caractéristiques de la population

Population au recensement de 2021	16 927 habitants
Hausse par rapport au recensement de 2016	2,4 %
Densité de la population au kilomètre carré	9,4 habitants par km <sup>2</sup>

#### Répartition (%) de la population par grands groupes d'âges :

0-14 ans	15-64 ans	65 ans et +	85 ans et +	Âge moyen	Âge médian
14,5 %	57,3 %	28,2 %	3,5 %	47,5 ans	52,0 ans







### Caractéristiques socio-économiques

Taux des travailleurs chez les 25-64 ans en 2020	74,4 %
Taux de faible revenu est de en 2019	5,8 %
Revenu d'emploi médian chez les 25-64 ans en 2020	39 912 \$
Revenu disponible par habitant en 2020	30 705 \$

### Accès à un service de première ligne - RLS Etchemins

Population inscrite à un médecin de famille	86.3 %	-
Population inscrite à un groupe de médecins	4.3 %	↑
En attente au GAMF – Éligible au GAP	4.4 %	↑
Accès à un service de première ligne	95.0 %	↑

## GMF – RLS de Beauce

-  Centre hospitalier
-  CLSC
-  CHSLD
-  Groupe de médecine familiale
-  Clinique médicale
-  Maison des aînés

### Légende GMF

#### GMF Clinique familiale

1 La Clinique familiale (site principal)

#### GMF Beauceville

2 Coopérative de santé Robert-Cliche  
Beauceville (site principal)

2.1 Coopérative de santé Robert-Cliche  
Saint-Joseph

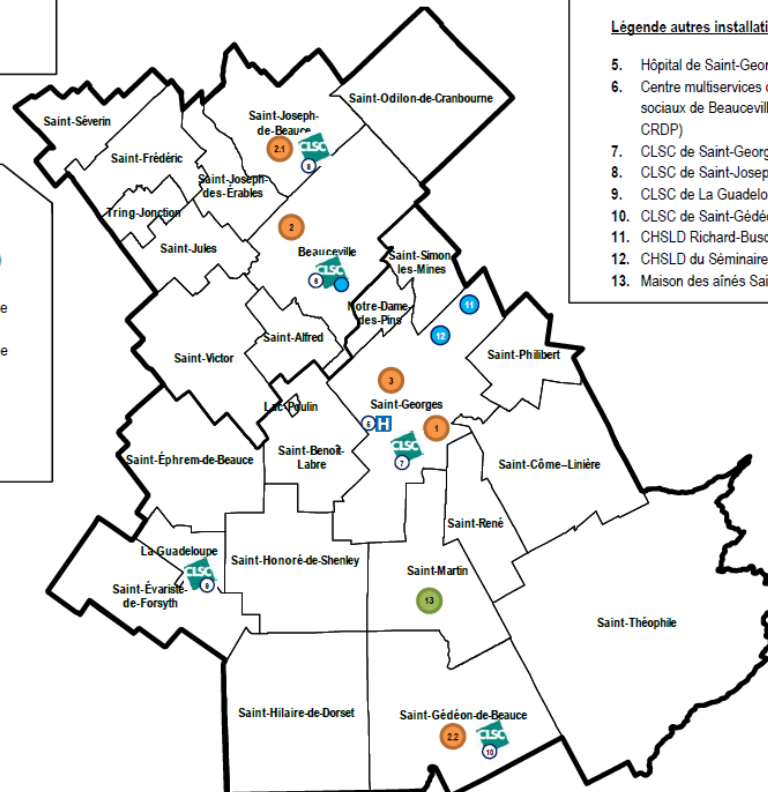
2.2 Clinique médicale Saint-Gédéon

#### GMF Chaudière-Ouest

3 Clinique médicale Chaudière

### Légende autres installations

5. Hôpital de Saint-Georges
6. Centre multiservices de santé et de services sociaux de Beauceville (CLSC, CHSLD, CRD, CRDP)
7. CLSC de Saint-Georges
8. CLSC de Saint-Joseph-de-Beauce
9. CLSC de La Guadeloupe
10. CLSC de Saint-Gédéon-de-Beauce
11. CHSLD Richard-Busque (Saint-Georges Ouest)
12. CHSLD du Séminaire (Saint-Georges Est)
13. Maison des aînés Saint-Martin



Mars 2023

## Secteur géographique

La MRC de Robert Cliche est répartie sur 838 km<sup>2</sup>. Elle est bordée par la MRC de la Nouvelle-Beauce (au Nord), la MRC des Appalaches (à l'Ouest), la MRC Beauce-Sartigan (au Sud) et la MRC des Etchemins (à l'Est).

- La MRC se compose de 10 municipalités.
- Le territoire se caractérise par 3 agglomérations semi-urbaines qui ont entre 2 315 et 6 185 habitants.
- Il s'agit d'un territoire rural incluant 4 municipalités de moins de 1000 habitants.
- Les points de service sont éloignés les uns des autres, compte tenu de l'étendue de la superficie. Les services hospitaliers sont assurés par l'Hôpital de Saint-Georges.

Pas de réseau de transport en commun.

## Installations

Centre Jeunesse	1 : CPEJ et CRJDA (Saint-Joseph)
CLSC	2 : Beauceville et Saint-Joseph
CHSLD	1 : Beauceville (106 lits)
Centre de réadaptation en alcoolisme et toxicomanie	1 : Beauceville
Centre en réadaptation physique (URFI)	1 : Beauceville (15 lits)
Cliniques médicales privées	2
GMF	1

## Caractéristiques de la population

Population au recensement de 2021	19 253 habitants				
Hausse par rapport au recensement de 2016	0,7 %				
Densité de la population au kilomètre carré	22,9 habitants par km <sup>2</sup>				
<b>Répartition (%) de la population par grands groupes d'âges :</b>					
0-14 ans	15-64 ans	65 ans et +	85 ans et +	Âge moyen	Âge médian
17,6 %	58,9 %	23,6 %	3,1 %	43,7 ans	44,4 ans

## Caractéristiques socio-économiques

Taux des travailleurs chez les 25-64 ans en 2020	81,5 %
Taux de faible revenu est de en 2019	5,6 %
Revenu d'emploi médian chez les 25-64 ans en 2020	41 643 \$
Revenu disponible par habitant en 2020	30 708 \$

## Secteur géographique

Bordée au sud par la frontière américaine, au Nord par la MRC de Robert-Cliche, à l'Est par la MRC des Etchemins, à l'Ouest par la MRC des Appalaches, la MRC de Beauce-Sartigan est située en plein cœur du Corridor international Chaudière-Kennebec qui relie la province de Québec à l'État du Maine. La MRC de Beauce-Sartigan (RLS de la région Beauce-Etchemins) est répartie sur 1 953 km<sup>2</sup>.

- La MRC se compose de 16 municipalités.
- La région se caractérise par une ville de plus de 32 935 résidents, 4 agglomérations semi-urbaines, qui ont entre 2 090 et 3 280 habitants, et 7 municipalités de moins de 1000 habitants.
- Les points de service sont éloignés les uns des autres, compte tenu de l'étendue de la superficie. Les services hospitaliers sont assurés par l'Hôpital de Saint-Georges.

Réseau de transport en commun avec le Taxi bus.

## Installations

CLSC	3: Saint-Georges, Guadeloupe, Saint-Gédéon
CHSLD	2 : Séminaire (41 lits) et Richard Busque (45 lits)
CHSLD privé conventionné	1 : (96 lits)
Centre hospitalier	1 : Saint-Georges
Cliniques médicales privées	2
GMF	2

## Caractéristiques de la population

Population au recensement de 2021	53 384 habitants				
Hausse par rapport au recensement de 2016	1,9 %				
Densité de la population au kilomètre carré	27,3 habitants par km <sup>2</sup>				
<b>Répartition (%) de la population par grands groupes d'âges :</b>					
0-14 ans	15-64 ans	65 ans et +	85 ans et +	Âge moyen	Âge médian
17,1 %	60,7 %	22,2 %	2,4 %	43,5 ans	44,8 ans

## Caractéristiques socio-économiques

Taux des travailleurs chez les 25-64 ans en 2020	80,3 %
Taux de faible revenu est de en 2019	6,1 %
Revenu d'emploi médian chez les 25-64 ans en 2020	42 218 \$
Revenu disponible par habitant en 2020	31 794 \$



## Accès à un service de première ligne - RLS Beauce

Population inscrite à un médecin de famille	78.7 %	↓
Population inscrite à un groupe de médecins	4.3 %	↑
En attente au GAMF – Éligible au GAP	10.5 %	↑
Accès à un service de première ligne	93.5 %	↑

## ORGANISATION CLINIQUE DU RLS BEAUCE ET ETCHEMINS

### En 1<sup>re</sup> ligne

#### Table médicale territoriale (TMT)

Il y a une table territoriale du réseau local de Beauce-Etchemins. Les membres se rencontrent environ 5 fois par année dont les représentants des GMF, du CLSC, des services de médecine générale, de l'urgence et la DSP sont conviés.

En plus de la prise en charge, les omnipraticiens s'impliquent dans l'ensemble des missions intra-établissement suivantes : urgence, hospitalisation, obstétrique, CHSLD, soins palliatifs, UCDG, URFI et dépendance dans une perspective de polyvalence.

L'équipe de Soutien, Transformation, Accès et Terrain (STAT) qui a pour mandat de mesurer et de soutenir l'implantation de solutions pérennes dans les établissements avec une problématique de fluidité hospitalière a visité l'urgence de l'Hôpital de Saint-Georges le 25 janvier 2023. Un rapport présentant les constats et les recommandations prioritaires a été déposé à l'établissement. Le PROS intègre donc ces recommandations prioritaires.

#### Problématiques :

- La réponse aux besoins des clients orphelins est limitée en lien avec la surcapacité des médecins et les retraites.
- Depuis quelques années, les exigences sont de plus en plus élevées par sphère d'activités ce qui entraîne une tendance à diminuer plus rapidement le nombre d'activités par médecin limitant la polyvalence, fragilisant les équipes et mettant à risque la capacité de répondre à toutes les missions. On note une tendance des jeunes médecins à restreindre leur champ de pratique en médecine familiale à une ou deux activités.

#### Objectifs :

- Vu ces défis, il est essentiel d'avoir un portrait juste des effectifs et donc des besoins par service. Un outil qui compile ces données doit être développé.
- Des travaux en lien avec l'optimisation du rôle de l'infirmière clinicienne en GMF ont démarré dans le but de supporter davantage les équipes médicales.

- Revoir les trajectoires et les processus en lien avec l'accueil et l'intégration des nouveaux médecins.
- Rendre plus attractif le rôle de chef de service afin que chaque service puisse avoir un chef qui les représente.

Découlant du rapport STAT :

- Publiciser l'offre de service de la première ligne pour éviter que les usagers ne se présentent à l'urgence pour une raison de consultation mineure.
- Optimiser les plages de sans rendez-vous pour les usagers orphelins.
- Publiciser l'offre de service de l'accueil clinique (AC) aux médecins de la première ligne.
- Revoir les trajectoires des références pour la médecine spécialisée par les médecins de la première ligne en évitant la transition par l'urgence et en maximisant l'utilisation du conseil numérique.
- Bonifier l'offre de réorientation.

## Groupe de médecine de famille (GMF)

### Le RLS des Etchemins compte 1 GMF-U de niveau 3 situé à Lac-Etchemin

- Le GMF-U des Etchemins compte 15 médecins avec un profil de pratique mixte (profil A de médecin enseignant) ;
- Le tiers des médecins ont une pratique hospitalière;
- 4 postes d'IPSPL;
- Un point de service est situé dans la municipalité de Sainte-Justine;
- Le GMF-U est un milieu d'accueil et d'enseignement affilié à l'Université Laval pour les résidents en médecine de famille dont les activités sont les suivantes :
  - Activité de prise en charge GMF (rendez-vous et sans rendez-vous, soins palliatifs, visite à domicile);
  - Prise en charge et garde pour les usagers en CHSLD du territoire;
  - Enseignement en UMF

### Le RLS de Beauce compte 3 GMF :

- Les GMF cumulent environ 50 médecins ayant un profil de pratique mixte;
- 7 IPSPL pratiquent dans 3 GMF (1 poste vacant), le 4<sup>e</sup> GMF souhaite accueillir une IPSPL;
- Un GMF du secteur de la Beauce est composé d'un site satellite dans le RLS des Etchemins;
- Certains GMF du territoire accueillent des étudiants en médecine.

### Collaboration et implication des GMF et du GMF-U :

- Programme TRCO;
- Réorientation pour la clientèle ambulatoire en provenance de l'urgence;
- Offre de sans- rendez-vous pour la clientèle orpheline;
- Garde pour la clientèle inscrite au SAD ainsi que la clientèle en hébergement temporaire;
- GAP;
- Inscription de groupe.

**Problématiques :**

- Enjeu d'accès en première ligne;
- Utilisation non-optimale des services disponibles à la population (urgence, SRDV, 811, pharmacie communautaire, etc.);
- La clientèle laissée par les départs à la retraite des médecins est supérieure à la capacité de prise en charge par les nouveaux arrivants, le GAMF est en constante augmentation;
- Baisse de niveau dans un GMF en 2022-2023 et un GMF cesse ses activités en 2023-2024. Les médecins de ce GMF rejoindront d'autres milieux;
- L'avenir des points de service en aval de Saint-Georges, Beauceville et Saint-Joseph est incertain.
- Précarité de la prise en charge médicale des soins à domicile et des soins palliatifs pour les patients orphelins.
- Mise en place du GAP au courant de l'été 2022 : les besoins sont plus grands que la capacité à répondre et ce, malgré la participation des médecins aux inscriptions collectives et au GAP;
- L'arrivée d'immigrants allophones engendre une complexité pour les équipes médicales.

**Objectifs :**

- Maintenir les efforts de recrutement pour les équipes médicales de La Guadeloupe, Saint-Prosper et Saint-Gédéon pour assurer une pérennité;
- Développer une offre de service pour répondre aux besoins en soins à domicile et soins palliatifs. La concrétisation de ces travaux est espérée d'ici fin 2024;
- Réfléchir à des pistes de solutions pour augmenter l'accès aux usagers sans médecin de famille en provenance du GAP.
- Finaliser le déploiement du programme TRCO en GMF afin d'améliorer la prise en charge de la clientèle atteinte de troubles cognitifs. Ce programme est en développement et permettra d'atteindre une efficience permettant à cette clientèle d'être admis directement de la communauté au CHSLD sans passer par l'hôpital grâce à des trajectoires de services. La concrétisation de ces travaux est espérée d'ici fin 2024.

**Cliniques médicales hors GMF**

4 cliniques médicales solos sur le territoire de Beauce (Beauceville, Tring, Saint-Martin, Saint-Benoît-Labre).

**Problématiques :**

- Départ probable à la retraite des 4 médecins d'ici environ 5 ans laissant une grande clientèle âgée orpheline.
- Accès restreint aux médecins pour cette clientèle en horaire défavorable ou lors de départ ou congé de maladie.
- La clientèle hors GMF ne bénéficie pas d'une équipe multidisciplinaire telle que retrouvée en GMF et il est probable qu'elle requiert davantage de services généraux en CLSC et à l'urgence.

## Volet omnipratique

### CLSC

Le CLSC de La Guadeloupe (situé à 30 minutes de Saint-Georges) comptera 3 médecins en janvier 2023 dont 2 auront profil de pratique mixte ;

- 2 postes d'IPSPS;
- 1 poste d'IPSSM;
- 1 DMÉ fonctionnel;
- Activités de prise en charge (RDV et SRDV les jours ouvrables en semaine)

Offre de services :

- Suivi 0-100 ans;
- Suivi de grossesse;
- Santé sexuelle
- ABCdaire
- Services courants
- Soutien à domicile
- Santé mentale

Collaboration et implication du CLSC :

- Réorientation pour la clientèle ambulatoire en provenance de l'urgence;
- Offre de sans-rendez-vous pour la clientèle orpheline;
- Milieu de stage dans le programme de formation IPSPS de l'Université Laval et aussi pour l'Université du Québec à Rimouski (UQAR) dès le printemps 2023.

Il n'y pas de médecin exerçant de la prise en charge ni de clinique externe dans les CLSC de Saint-Georges, Beauceville, Saint-Joseph et Saint-Gédéon.

**Objectifs :**

- Au cours des prochaines années, avec l'arrivée de deux nouvelles médecins, l'équipe travaillera à développer son offre de service adapté aux besoins de la population.

## Gériatrie

- Hébergement en CHSLD
- Maison des aînés
- Service ambulatoire gériatrique

### Service ambulatoire gériatrique :

Le service ambulatoire gériatrique est assuré par 3 omnipraticiens. La consultation interne en gériatrie est assurée par un seul médecin omnipraticien. L'équipe de gériatres de Lévis participe ponctuellement à la consultation du service ambulatoire gériatrique.

### **Problématiques :**

- La distance entre les 2 RLS des Etchemins et de Beauce rend impossible une garde combinée Beauce-Etchemin;
- Équipe fragilisée dans les deux RLS suite au départ annoncé de plusieurs médecins ainsi que par l'ajout des 50 lits de la MDAMA en 2023;
- Précarité de la couverture des usagers vulnérables en résidences privées (RPA) et en ressources intermédiaires avec le départ prochain de médecins faisant du soutien à domicile contrairement aux collègues plus jeunes qui n'ont pas cette pratique;
- Diminution du nombre de lits disponibles en communauté dans les deux dernières années;
- Augmentation du nombre de demandes en CHSLD en partie avec la fermeture des trois dernières années de l'UCDG;
- Besoin signifié d'avoir accès à un hôpital de jour gériatrique pour répondre aux besoins de la population vieillissante.

### **Objectifs :**

- Consolider les équipes en CHSLD, au SAG et à l'UCDG.
- Déploiement optimal du programme TRCO.
- Augmentation de la présence des gériatres au SAG et des consultations aux unités de soins pour répondre à la demande.

### **Déoulant du rapport STAT :**

- Mettre en place la réorientation à partir du milieu de vie antérieure et revoir la priorité accordée aux usagers à domicile qui attendent un lit en CHSLD.
- S'assurer de pouvoir réaliser des admissions en CHSLD 7 jours/semaine.

## Urgence

L'urgence de Saint-Georges dessert la population des secteurs Beauce et Etchemins.

### Statistique de l'urgence 2021-2022 incluant P1 à P13 :

- La DMS sur civière est à 13,3 heures;

- Pourcentage de patient sur civière avec DMS > 48 heures ou plus est de 1 %
- 60 % de la clientèle est prise en charge par le médecin de l'urgence < 2 h;
- DMS ambulatoire < à 4 h est de 60,8 %;
- 36,2 % P3, 47,6 % P4 et 8.4 % P5;
- 3 112 (11.6 %) de la clientèle ambulatoire réorientée.

#### Structure du service d'urgence de Saint-Georges :

- Service composé de 9 médecins à temps complet et 5 temps partiel;
- Requis de 7 médecins/24h en semaine (3 jours, 3 soirs et 1 nuit);
- Requis de 6 médecins la fin de semaine (3 jours, 2 soirs et 1 nuit);
- Couverture de l'urgence majeure, de l'urgence mineure ainsi qu'un médecin mobile qui circule entre la mineure et la majeure en plus d'être la personne désignée pour la réponse au code bleu ainsi que pour les transferts lorsque la présence d'un médecin est requise.

#### **Problématiques :**

- Équipe vulnérable qui est supportée par le mécanisme de dépannage depuis presque deux ans. Dans les 18 derniers mois, l'équipe a vu 6 médecins à temps complet et un médecin à temps partiel quitter le service en plus de différentes absences.
- Au cours des dernières années, plusieurs médecins MU3 ont quitté la région de Saint-Georges pour la région de Québec. La proximité de l'urgence de Saint-Georges par rapport aux milieux universitaires de Québec ainsi que la qualité de l'expérience acquise en début de pratique à Saint-Georges favorisent la migration des médecins vers Québec.
- Une demande de reconnaissance des besoins de l'Urgence de l'hôpital de Saint-Georges a été déposée au MSSS en 2021. Après analyse, en juillet 2022, le MSSS a reconnu le besoin de modernisation qui pourrait être priorisé dans le prochain PQI, faute de disponibilité budgétaire au PQI 2022-2023.
- Un fort pourcentage de clients P4-P5 se retrouvent à l'urgence malgré l'adhésion des GMF à la réorientation. On note une grande variabilité du besoin de plages de réorientation selon le profil des usagers en GMF.

#### **Objectifs :**

- Pour favoriser la rétention à long terme des médecins de famille à l'Urgence de Saint-Georges, une formation complémentaire de 3 mois est favorisée à la certification MU3.
- Remplacer le système d'information SIURGE par MEDURGE au courant de l'année 2023 afin d'harmoniser l'ensemble des hôpitaux.
- Maintenir la présence de la GEM (Geriatric Emergency) nurse de façon continue (7/7) à l'urgence dans le contexte de pénurie de ressources.
- Afin de maximiser l'efficacité, l'accessibilité, la qualité et la continuité des soins, les équipes médicales de première ligne réorientent les usagers dans leur propre GMF d'appartenance.
- À cette fin, une réflexion s'amorce à l'effet que chaque GMF se réapproprie l'ensemble de leurs patients inscrits se présentant à l'urgence et dont l'évaluation est favorable à une réorientation, dans un délai cliniquement raisonnable, en cohérence avec le Programme de financement GMF.

#### **Déroulant du rapport STAT :**

- Diminuer les délais de prise en charge à l'ambulatoire;

- Déployer l'approche adaptée à la personne âgée (AAPA) en commençant par des fauteuils près des civières pour les patients;
- Optimiser l'offre de service de l'accueil clinique (AC) en bonifiant les heures d'ouverture;
- Rendre accessible le service d'accueil clinique (AC) aux médecins d'urgence;
- Optimiser l'offre de service de la médecine de jour (MDJ) afin d'accueillir certaines clientèles de l'urgence;
- Restreindre au minimum toutes les observations des patients présents à l'urgence demandées par les médecins spécialistes;
- Interdire les retours des patients à l'urgence demandés par les médecins spécialistes;
- Mettre en place un coordonnateur à l'urgence et à l'hospitalisation selon les rôles et responsabilités établis par le MSSS;
- Agir en flux tiré sur le plan de la clientèle âgée à l'urgence sans attendre les demandes de consultation auprès de l'équipe du SAD;
- Mettre en place une culture de données afin d'améliorer la fluidité de certains processus;
- Déterminer une liste de priorités de documentation pour tous les patients qui sont transférés d'une ressource de personnes âgées (RPA) ou d'une ressource intermédiaire (RI) vers l'urgence;
- Assurer une couverture médicale des RPA et RI et s'assurer que le dossier médical et la raison du transfert à l'urgence soient disponibles.

#### Activités hospitalières

- Hospitalisation
- Obstétrique
- URFI
- Soins palliatifs
- UCDG
- Unité de dépendance
- Clinique du sein
- Clinique d'oncologie

#### Hospitalisation :

L'équipe demeure fragile et plusieurs membres ont atteint les 15 ans de pratique. Une restructuration du service d'hospitalisation a été entamée dans le but d'avoir, dans les prochaines années, 5 équipes composées d'au moins 5 médecins effectuant une tournée hospitalière de 18 lits chacun. L'objectif étant aussi d'augmenter le taux d'hospitalisation en spécialité **pour atteindre 50 % de prise en charge par les médecins spécialistes**. Le service de cardiologie a débuté en août la prise en charge de 6 lits d'hospitalisation en médecine. Lorsque le nombre d'internes sera suffisant, ceux-ci mettront également en place une équipe de tournée hospitalière, ce qui diminuera le nombre de lits pris en charge par la médecine de famille.

#### Obstétrique :

Équipe d'omnipraticiens qui prend en charge la 1<sup>re</sup> ligne de périnatalité et effectue autour de 700 accouchements par année. L'équipe a atteint son objectif d'avoir 9 membres.

#### URFI :

Le service de l'URFI est un service ayant un haut niveau de précarité, et ce depuis de nombreuses années. Il n'y a qu'un seul membre actif dans le service et celui-ci quittera pour la retraite dans la prochaine année. Deux médecins

et des IPSPL prêtent actuellement main forte pour le maintien des services à la population. Une réflexion quant à une organisation des services est actuellement en cours afin d'assurer la pérennité des services et des équipes médicales à long terme.

#### SAD-Soins palliatifs :

Pas de service de SAD-soins palliatifs actuellement. Une équipe de 5 médecins assure la prise en charge des soins palliatifs pour les usagers admis à la Maison Catherine-de-Longpré. Ceux-ci, par principe de bon voisinage, effectuent des consultations en soins palliatifs à l'Hôpital de Saint-Georges. Des travaux sont actuellement en cours dans l'objectif de développer une offre de soins SAD-soins palliatifs sur le territoire. Une garde médicale SAD a été mise en place durant la COVID-19 afin de répondre aux besoins de l'équipe clinique de SAD. Celle-ci s'est pérennisée et demeura dans le temps.

Il sera important de consolider des liens entre le programme SAPA et les médecins de famille afin de s'assurer d'une bonne collaboration. Dans les prochaines années, l'objectif est de développer un service et une garde en soins palliatifs à long terme.

#### UCDG :

La couverture des 10 lits de l'UCDG est assumée par une équipe d'omnipraticiens qui se partagent le service ambulatoire gériatrique, l'UCDG et les consultations internes. L'UCDG de Saint-Georges a été fermée à la clientèle gériatrique en mars 2020; les locaux étant requis pour préparer une unité de soins intensifs de débordement. Par la suite, les locaux ont été utilisés pour la clientèle hospitalisée atteinte de COVID-19. Après la priorisation du dossier par la direction générale du CISSS de Chaudière-Appalaches, la réouverture de l'UCDG a eu lieu en novembre 2022. L'équipe médicale et de professionnels s'étant récemment modifiée, le développement de l'expertise gériatrique est en cours.

#### Unité de dépendance (mission régionale):

Service couvert à distance par 4 médecins omnipraticiens. Trois (3) médecins sont en fin de carrière. Le fonctionnement de cette unité sera à revoir pour assurer la continuité des services.

#### Clinique d'oncologie :

Une clinique d'oncologie en collaboration avec les omnipraticiens est en place avec l'implication de deux médecins à la hauteur de 1 248 heures annuellement.

#### **Problématiques :**

- La charge de travail de l'équipe d'hospitalisation demeure élevée en raison de l'augmentation des NSA, de la vulnérabilité du service de médecine interne combinée à des absences maladie et maternité;
- Enjeu récurrent de couverture médicale pour l'URFI ;
- Enjeu d'accès à des soins palliatifs et AMM pour la clientèle orpheline;
- Enjeu d'accès à des soins adaptés à la population vieillissante en lien avec l'impact de la longue fermeture de l'UCDG et à la diminution de l'accessibilité aux RPA.;
- Enjeu de retraite à venir pour l'unité de dépendance.



**Objectifs :**

- Viser 5 équipes d'hospitalisation par les omnipraticiens, la 6<sup>e</sup> équipe étant assumée par des médecins spécialistes.

Découlant du rapport STAT :

- Implanter la PPCC (planification précoce et conjointe des congés) en collaboration avec les directions concernées;
- Mettre en place une culture de données afin d'améliorer certains processus de fluidité;
- Mettre en place un comité de gestion des longs séjours;
- Publiciser les DMS hospitalières ainsi que les DMS cibles aux médecins spécialistes et développer une culture de suivis périodiques;
- Encourager la présence des médecins aux réunions multidisciplinaires aux unités de soins;
- Mettre en place un coordonnateur à l'urgence et à l'hospitalisation selon les rôles et responsabilités établis par le MSSS.

**Services diagnostics (radiologie, laboratoire)**Radiologie :

- Le service d'imagerie de Beauce-Etchemin comprend 1 nucléiste et 6 radiologues;
- Accessibilité en mode sans rendez-vous pour la graphie;
- Priorité d'accès au plateau technique pour la clientèle en provenance de l'urgence;
- Graphie simple disponible à Lac Etchemin;
- Aucun service d'imagerie médicale privé sur le territoire;
- Lecture rapide disponible lorsque demandée en urgence par le médecin.

Laboratoire :

- Service de prélèvement disponible dans plusieurs sites de la région pour la clientèle ambulatoire;
- Possibilité d'avoir accès aux résultats rapidement lorsque demandés en urgence par un médecin;
- Déploiement d'Optilab.

**Problématiques :**

- Enjeu de pertinence des demandes d'examen radiologiques;
- Retard dans le délai de lecture de certains examens d'imagerie médicale;
- Enjeu de disponibilité de personnel pour maintenir l'accès dans les différents sites de prélèvements;
- Enjeu de délai de réception des résultats de laboratoire et de pathologie;
- Le rapatriement des prélèvements dans un seul laboratoire dans le cadre d'OPTILAB a des impacts cliniques et nécessite une gestion des risques. Le temps de transport en lien avec l'étalement géographique entraîne des impacts non négligeables sur la qualité de certains prélèvements.

- Enjeu de délai pour l'accès à des infiltrations.

**Objectifs :**

Déoulant du rapport STAT :

- Développer l'accès aux prélèvements sanguins dans un délai raisonnable pour les médecins de première ligne.

## Volet spécialité

### Cliniques spécialisées (chirurgie, endoscopie, etc.)

Anatomopathologie :	3/3	
Anesthésiologie :	7/7	Inclut une arrivée en 2024
Cardiologie :	4/4	
Chirurgie générale :	8/8	
Chirurgien orthopédique :	5/5	
Dermatologue :	2/3	Inclut une arrivée en 2025
Médecine interne :	9/9	Inclut une arrivée en 2025
Médecine nucléaire :	1/1	
Obstétrique et gynécologie :	3/5	
Ophthalmologie :	1/2	Inclut une arrivée en 2024
Oto-rhino-laryngologie et chirurgie cervico-faciale :	2/2	
Pédiatrie :	6/6	
Psychiatrie :	8/8	
Radiologie :	6/6	
Urologie :	1/1	

Le pourcentage de prise en charge hospitalière par les médecins spécialistes est d'environ 35 %. La cible ministérielle est établie à 50 % pour un établissement comptabilisant entre 30 000 et 100 000 visites par année.

La prise en charge des lits des soins intensifs, de la psychiatrie et de la pédiatrie sont sous la responsabilité des médecins spécialistes.

Le service de cardiologie couvre 6 lits de cardiologie en médecine générale et les lits de soins intensifs de cardiologie.

Lorsque le service de médecine interne occupera l'entièreté de son PREM, celui-ci prendra en charge une équipe de tournée.

Un nombre de lits réservés à la chirurgie est à venir.

Les spécialités de chirurgie générale et d'orthopédie hospitalisent à leur nom des usagers non chirurgicaux correspondant à leurs champs de pratique.

## Activités académiques

### GMF-U des Etchemins

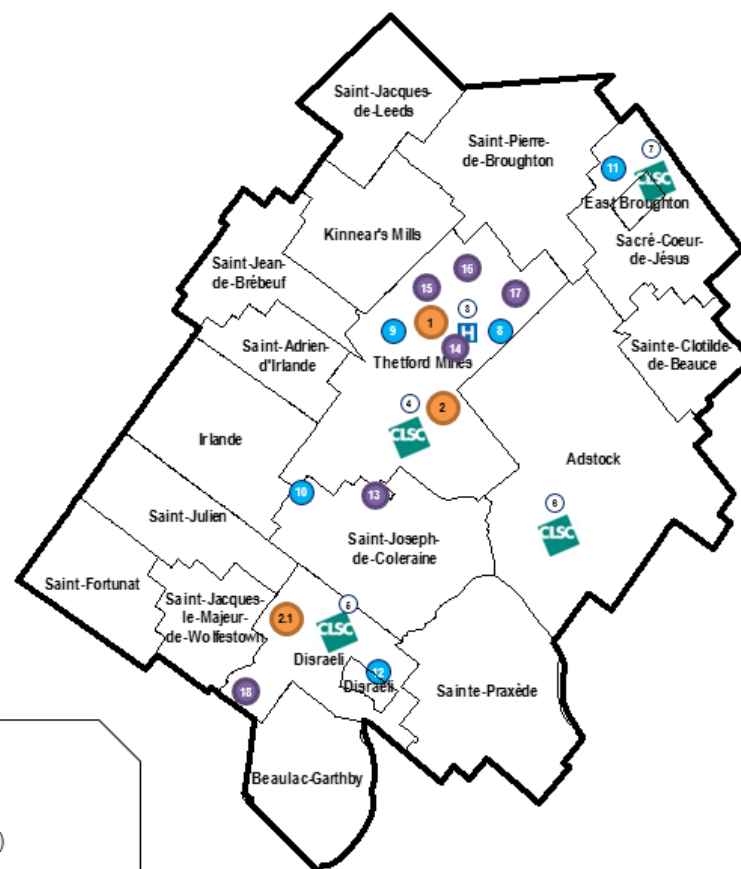
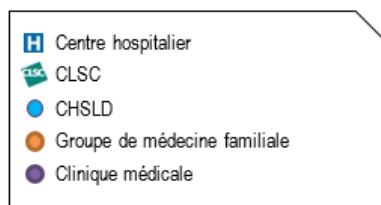
- Stages d'externat verticalisés (réguliers)
- Stages IPS 1<sup>re</sup> ligne : 2 en 2021-2022
- Capacité d'accueil à 7 résidents à partir de 2024.

De plus, des travaux sont à prévoir pour augmenter la capacité d'accueil des résidents pour des périodes de stages et éventuellement augmenter le nombre de places pour des résidents si les milieux peuvent offrir plus de plages de stages.

- Externes en région: (stage 6 sem.);
- IPSPL 1 par année (stage 6 mois);
- 1 stagiaire en service social et 1 stagiaire en psychologie;
- Demande du CMQ pour stage d'évaluation;
- 14 médecins (pratique mixte incluant l'hospitalisation, l'obstétrique, le CHSLD et la prise en charge) participent à la mission clinique d'enseignement et de recherche.

Il existe certains enjeux avec la réalisation des stages à option pour le secteur de Beauce.

## GMF – RLS de la région de Thetford

**Légende GMF****GMF de Thetford**

- 1 Clinique médicale Kingsville (site principal)

**GMF des Appalaches**

- 2 Clinique familiale de Thetford Mines (site principal)  
 2.1 Clinique de médecine familiale Champlain

**Légende autres installations**

3. Hôpital de Thetford Mines
4. CLSC de Thetford Mines
5. CLSC de Disraeli
6. CLSC d'Adstock
7. CLSC d'East Broughton
8. CHSLD St-Alexandre
9. CHSLD Denis-Marcotte
10. CHSLD Lac-Noir
11. CHSLD Marc-André-Jacques
12. CHSLD René-Lavoie
13. Clinique médicale D' Gilles Samson
14. Clinique médicale de Thetford
15. Clinique médicale du Carrefour
16. Centre médical des Boulevards
17. Clinique médicale des Appalaches
18. Centre médical de Disraeli

Secteur géographique					
La MRC des Appalaches (RLS de la région de Thetford) se compose de 19 municipalités réparties sur 1900 km <sup>2</sup> . La région se caractérise par une ville centre (Thetford Mines) de plus de 25 000 résidents, trois agglomérations semi-urbaines (Adstock, Disraeli et East-Broughton) de 2 250 à 3 000 habitants et une majorité de municipalités rurales et riveraines ayant une population inférieure à 1 500 habitants. Il y a maintenant un réseau de transport en commun pour le secteur de Thetford avec le Taxi bus.					
Installations					
CLSC		1: Thetford avec 3 points de service: Adstock, East-Broughton et Disraeli			
CHSLD		5 : Marc-André-Jacques (31 lits), Saint-Alexandre (112 lits), Denis-Marcotte (68 lits), Lac-Noir (28 lits), René-Lavoie (47 lits)			
Centre de pédiatrie sociale		1			
Centre de traitement en dépendance		1 : Manoir Aylmer			
Centre hospitalier		1			
Cliniques médicales privées		6			
GMF		2			
Maison des aînés et alternative		1 : Black Lake			
Caractéristiques de la population					
Population au recensement de 2021		43 412 habitants			
Hausse par rapport au recensement de 2016		2,5 %			
Densité de la population au kilomètre carré		27,3 habitants par km <sup>2</sup>			
Répartition (%) de la population par grands groupes d'âges :					
0-14 ans	15-64 ans	65 ans et +	85 ans et +	Âge moyen	Âge médian
13,6 %	53,9 %	32,5 %	5,55	49,2 ans	53,6 ans
Caractéristiques socio-économiques					
Taux des travailleurs chez les 25-64 ans en 2020		71,2 %			
Taux de faible revenu est de en 2019		7,5 %			
Revenu d'emploi médian chez les 25-64 ans en 2020		39 729 \$			
Revenu disponible par habitant en 2020		30 127 \$			

## Accès à un service de première ligne - RLS Thetford

Population inscrite à un médecin de famille	84.6 %	↓
Population inscrite à un groupe de médecins	1.9 %	↓
En attente au GAMF – Éligible au GAP	9.2 %	↑
Accès à un service de première ligne	95.7 %	↑

## ORGANISATION CLINIQUE DU RLS DE THETFORD

### En 1<sup>re</sup> ligne

#### Table médicale territoriale (TMT)

Les membres de la table territoriale du réseau local de Thetford se rencontrent 3 à 4 fois/année.

Sur 50 médecins omnipraticiens pratiquant dans le RLS de Thetford, une forte majorité d'entre eux font de la prise en charge. Le taux de médecins de première ligne travaillant en cabinet privé et en GMF est plus élevé que celui en centre hospitalier exclusivement.

La majorité des omnipraticiens prennent en charge l'ensemble des missions leur étant dévolues : hospitalisation, urgence, soins palliatifs, CHSLD et obstétrique dans une perspective de polyvalence. Dans ce RLS, 8 % des médecins ont plus de 65 ans.

Un centre de pédiatrie sociale (CPS des Appalaches) est ouvert sur notre territoire depuis octobre 2016. Une seule médecin omnipraticienne assure la couverture du centre de pédiatrie sociale actuellement à raison d'environ deux à quatre jours par mois. Le recrutement d'un médecin avec intérêt pour la pédiatrie sociale serait un atout afin d'améliorer l'offre de service à la clientèle vulnérable de la région.

Une maison de fin de vie « Les couleurs du vent » ouvrira ses portes en début d'année 2023. On y comptera 6 lits pour accueillir des personnes en fin de vie.

#### Groupe de médecine de famille (GMF)

Il existe deux GMF dans le réseau local de Thetford situés à quelques km de distance.

##### GMF de Thetford

- Le site principal est à Thetford et compte 14 médecins avec un profil de pratique mixte (sauf exception) ;
- 1 poste IPSPL ;
- Un point de service est situé dans la municipalité de Disraeli avec 4 médecins en début de pratique et ayant un profil de pratique mixte ;
- Prévision de l'intégration d'une IPSPL dans la prochaine année (site de Disraeli).

### GMF des Appalaches

- Ce GMF compte seulement un site principal et accueille 12 médecins avec un profil de pratique mixte (sauf exception) ;
- Discussion en cours pour l'ajout d'un poste IPSPL.

### Collaboration et implication des GMF:

- Programme de repérage des troubles cognitifs (TRCO) déployé dans les deux GMF afin d'améliorer la prise en charge de la clientèle atteinte de troubles cognitifs ;
- Programme PQPTM en déploiement ;
- Réorientation pour la clientèle ambulatoire en provenance de l'urgence;
- Garde pour la clientèle inscrite au SAD;
- GAP – clientèle orpheline;
- Inscription de groupe.

### GMF - problématiques :

- Pénurie d'effectifs infirmiers rendant difficiles les remplacements de personnel en GMF;
- Délestage et déplacement des ressources infirmières dans les milieux 24-7 considérant la pénurie d'effectifs infirmiers dans l'ensemble du CISSS de Chaudière-Appalaches;
- Enjeu d'accès en première ligne pour la clientèle orpheline. La réponse aux besoins des clients orphelins est limitée en lien avec la surcapacité des médecins et les retraites;
- Utilisation non-optimale des services disponibles à la population (urgence, SRDV, 811, pharmacie communautaire, etc.);
- La clientèle laissée par les départs à la retraite des médecins est supérieure à la capacité de prise en charge par les nouveaux arrivants; le GAMF est en constante augmentation;
- Difficulté d'attraction et de rétention des médecins de famille dans la région : plusieurs départs dans les dernières années vers d'autres territoires ou régions.

## **Cliniques médicales hors GMF**

Le territoire comprend six cliniques médicales privées dénombrant entre un ou deux médecin(s). La proportion des médecins travaillant en GMF et hors GMF est d'environ 65-35.

Si la tendance se maintient, le nombre de médecins regroupés en GMF devrait être à la hausse, ce qui augmentera l'accès de la clientèle inscrite à des équipes de professionnels et à des cliniques médicales de sans rendez-vous en horaire défavorable.

### Cliniques médicales hors GMF - problématiques :

- Retraite récente et à venir de médecins laissant une grande clientèle âgée et vulnérable orpheline;
- Accès restreint aux médecins pour cette clientèle en horaire défavorable ou lors de départ ou congé de maladie ce qui amène une fréquentation de leur clientèle à l'urgence;
- Les usagers suivis par les médecins hors GMF ne peuvent bénéficier d'une équipe multidisciplinaire telle que retrouvée en GMF. Cette clientèle doit donc recourir davantage aux services généraux en CLSC et à l'urgence;
- L'accès aux services sociaux hors GMF suffit à peine à répondre à la demande des clients non-inscrits. Il s'agit d'un enjeu pour les clients aux prises avec des problèmes de santé mentale et ayant des problématiques chroniques nécessitant une prise en charge par les services spécifiques.

## EN ÉTABLISSEMENTS

### Volet omnipratique

#### CLSC

- Cliniques externes (omni)
- Soins à domicile
- Services courants
- Clinique Jeunesse
- Santé mentale

Un CLSC est situé à Thetford avec trois points de service répartis sur le territoire (Adstock, East-Broughton, Disraeli).

Quatre médecins ont une pratique en CLSC : deux médecins pratiquent au CLSC de Disraeli (prise en charge seulement et soins à domicile), un médecin pratique au CLSC d'East-Broughton (prise en charge seulement) et un médecin pratique au CLSC d'Adstock en contribution partielle pour répondre aux besoins des patients orphelins de ce secteur (aucune prise en charge/attribution à son nom).

Les jeunes médecins visent davantage une pratique en GMF; une attrition des médecins dans les CLSC est donc observée. Il y a des médecins en permis restrictif qui doivent obligatoirement pratiquer en établissement pour la prise en charge. Vu le nombre restreint de médecins qui pratiquent en CLSC, un isolement de leur pratique médicale est remarqué.

Une garde de soins à domicile et soins palliatifs sont assumées à tour de rôle par les médecins à l'hospitalisation. Le contexte de la pandémie a permis de mettre en place une garde de soins à domicile qui s'est pérennisé de façon permanente.

#### **Omnipraticien en CLSC - problématiques :**

- Enjeu d'intégration et de développement au niveau de la pratique médicale pour les médecins avec permis restrictif considérant l'isolement en CLSC ;
- Absence de système de garde pour répondre au programme SADI.

#### CHSLD

- Hébergement
- Maison des aînés
- Service ambulatoire gériatrique

#### **Hébergement :**

Tous les CHSLD ont actuellement une couverture médicale. Les CHSLD de Renée-Lavoie, Marc-André-Jacques et Lac-Noir sont couverts par deux à trois médecins ce qui permet une uniformité de la pratique médicale. Toutefois, les CHSLD Denis-Marcotte et Saint-Alexandre sont couverts par plus de 15 médecins puisque la prise en charge des résidents est poursuivie par le médecin de famille lors de l'admission. Cette pratique apporte toutefois quelques enjeux pour le travail interdisciplinaire et l'uniformité des pratiques.

Tous les CHSLD de notre secteur se sont prévalus de la LE327, lettre d'entente sur la prestation continue de services médicaux dans un établissement ayant la mission d'un CHSLD.

Plusieurs hébergements sont aussi offerts par des ressources intermédiaires sur le territoire au niveau de la clientèle gériatrique, en déficience physique et intellectuelle ainsi qu'en santé mentale.



- Ressources intermédiaires (personnes âgées avec profil de perte d'autonomie) = 119 lits
  - Foyer Saint-Rosaire (Disraeli) : 22 (privé et public)
  - Maison Myosotis (Thetford) : 40 (privé + public)
  - Manoir Valin (Adstock) : 26 (privé + public)
  - Résidence Le Crystal (Thetford) : 31 (privé + public)
- Ressources intermédiaires (personnes en déficience intellectuelle et déficience physique ainsi qu'en santé mentale) = environ 30 lits (secteur de Thetford).

Pour le moment, ces types d'hébergement sont assurés par le suivi médical en cabinet. Toutefois, considérant la difficulté de certains de ces résidents à se déplacer, une réflexion sur la couverture médicale possible serait nécessaire.

L'instauration du constat de décès à distance facilite grandement le travail des médecins au quotidien en diminuant, entre autres, les déplacements sur le vaste territoire de notre secteur.

### **Maison des aînés :**

La maison des aînés et alternative (MDAA) est en construction dans le secteur Black Lake. Il est prévu qu'elle ouvre ses portes au printemps 2023. Elle accueillera 72 résidents au total. Ce chiffre inclut tous les résidents du CHSLD Lac Noir qui seront transférés à cet endroit. Un ajout de 44 lits est donc prévu. Les lits supplémentaires seront dédiés pour une clientèle non gériatrique principalement (déficience physique, déficience intellectuelle, etc.). La couverture médicale sera à réévaluer en fonction des niveaux de soins des patients et de leur autonomie considérant le profil différent de ses résidents.

### **Service ambulatoire gériatrique :**

Le service ambulatoire gériatrique est assuré par deux omnipraticiens. Un centre de jour est accessible dans trois des cinq CHSLD (Thetford, Disraeli et East-Broughton).

### **Hébergement - problématiques :**

- Enjeu relié à la couverture médicale des lits de l'unité temporaire prothétique; actuellement, aucun médecin n'est dédié à l'UTP. Ainsi, la collaboration interprofessionnelle et le suivi intensif requis dans ce type d'unité ne sont pas optimaux ;
- Nombre de lits à l'unité temporaire prothétique limité et insuffisant pour la demande actuelle. Cette problématique a un impact sur la fluidité hospitalière considérant que plusieurs usagers doivent demeurer à l'hôpital en attente de leur admission possible à l'unité ciblée ;
- Offre d'hébergement insuffisante dans la communauté pour les personnes en perte d'autonomie progressive ;
- Enjeu relié à la non-disponibilité de lits d'hébergement au CHSLD de Saint-Alexandre en lien avec une pénurie de main d'œuvre. Les patients doivent parfois être en transition dans les autres centres d'hébergement (impact pour les proches aidants, l'adaptation des résidents, la qualité de vie, etc.) ou demeurer en NSA à l'hôpital en l'absence de lits disponibles sur le territoire (impact sur la fluidité hospitalière) ;
- Couverture par un nombre élevé de médecins pour les CHSLD Saint-Alexandre et Denis-Marcotte qui apporte une difficulté d'uniformisation de la couverture médicale et une difficulté pour le travail interdisciplinaire efficace pour les membres du personnel des CHSLD ;
- Couverture médicale non optimale en ressources intermédiaires (hébergement) pour la clientèle en perte d'autonomie avec difficulté à se déplacer ;
- Défi d'organisation médicale en lien avec le nombre élevé de personnes âgées en perte d'autonomie dans plusieurs résidences privées. Organisation médicale qui nécessite un travail d'équipe avec les différents

professionnels ;

- Couverture médicale précaire pour certains CHSLD et pour la MDAMA vu le manque d'effectifs médicaux liée par la cessation de pratique d'un des médecins (plus de 45 % des résidents) ;

## Urgence

### Statistique de l'urgence 2021-2022 incluant P1 à P13 :

- La DMS sur civière est à 12,81 heures;
- 22,4 % P3, 52,9 % P4 et 21,3 % P5 ;
- 4 637 (13 %) des visites à l'urgence sont des personnes en provenance des autres RLS de la région de Chaudière-Appalaches et 3 898 (11 %) des autres RLS hors de Chaudière-Appalaches ;
- 26 325 des visites représentent des P4-P5 (environ 74 %) ;
- 8,9 % de la clientèle ambulatoire réorientée<sup>1</sup>.

Malgré un protocole de réorientation de la clientèle P4-P5 déployé de façon plus importante durant la pandémie, on note un pourcentage sous la cible ministérielle qui est de 15 %.

Malgré le fait que 86,8 % de la population du RLS de la région de Thetford ait un médecin de famille, le nombre de P4 et P5 constitue un peu plus de 74 % des visites à l'urgence en 2021-2022 (habitudes de consommation, non-connaissance des alternatives, offre médicale en première ligne à géométrie variable, etc.).

### Structure du service d'urgence de Thetford :

- Service composé de six médecins à temps complet et quatre médecins à temps partiel (pratique mixte);
- Une présence de quatre médecins par 24 h est requise ;
- Doublage pour les quarts de jour.

L'Urgence de Thetford comprend 10 civières au permis et 20 au corridor. Un projet d'agrandissement et de rénovation pour Thetford est en cours et la fin des travaux est prévue en janvier 2025.

L'augmentation de la complexité des problèmes de santé et le vieillissement de la population entraînent une augmentation du volume de consultations dans notre urgence. Le nombre actuel de civières s'avère insuffisant considérant la capacité hospitalière limitée (au niveau des étages) et la complexité des problèmes de santé. En effet, on compte régulièrement des niveaux de débordement dans les derniers mois. De plus, avec les rénovations qui vont s'échelonner sur de nombreux mois, une réorganisation de la pratique médicale est nécessaire afin de maximiser l'utilisation optimale des civières et des ressources disponibles.

### Urgence - problématiques :

- Affluence de visites non urgentes « évitables » à l'urgence (plus de 74 % des visites à l'urgence en 2021-2022 sont des P4-P5 (habitudes de consommation, non-connaissance des alternatives, offre médicale en première ligne à géométrie variable etc.);
- Peu d'accès en horaires défavorables pour la clientèle inscrite à un médecin de famille hors GMF;
- Clientèle ectopique en provenance des autres régions;

---

<sup>1</sup> Dénominateur de la clientèle réorientable = L'utilisateur est réorientable et l'orientation de départ est soit le retour à domicile, soit le départ sans prise en charge, soit la réorientation.

- Pourcentage de réorientation (8,9 %) sous la cible ministérielle (15 %) ;
- Impact des rénovations sur l'organisation du travail au quotidien ;
- Pénurie de personnel à l'urgence (infirmier et PAB) qui a un impact réel sur l'efficacité du travail des médecins ;
- Équipe vulnérable qui a été supportée par le mécanisme de dépannage dans les dernières années;
- Départ de médecins et diminution du nombre de gardes de quelques médecins œuvrant à l'urgence.

### **Activités hospitalières**

- Hospitalisation
- Gériatrie / UCDG
- Soins palliatifs
- Obstétrique

### **Hospitalisation**

La couverture médicale de l'hospitalisation est assurée par trois équipes de six médecins (en moyenne 15 à 17 patients par médecin). Suite à la réouverture de l'unité de psychiatrie en novembre 2018, les omnipraticiens assurent les soins physiques en psychiatrie et les psychiatres sont les médecins traitants pour les usagers hospitalisés en psychiatrie. De plus, la prise en charge des usagers à l'USI est assumée par les internistes. Ainsi, les médecins à l'hospitalisation assurent la couverture des lits en santé physique (médecine et chirurgie).

Une fusion des lits au niveau des unités de médecine et de chirurgie a été actualisée depuis juin 2022 ainsi qu'une diminution du nombre de lits disponibles en raison de la pénurie de personnel infirmier. Cette pénurie est aussi présente au niveau des équipes de réadaptation (physiothérapie, ergothérapie, nutritionniste, etc.). Dans le contexte actuel, le nombre de lits est limité à environ 45-50 lits en santé physique.

Le taux de prise en charge des usagers hospitalisés par les spécialistes était de 33,6 % en 2017 et atteint 37,5 % en 2018 laissant un peu plus de 62 % des séjours hospitaliers aux soins des omnipraticiens. La cible ministérielle est donc atteinte pour cet hôpital comptabilisant moins de 30 000 jours d'hospitalisation/année.

### **Hospitalisation - problématiques**

- Précarité de l'équipe considérant notamment le départ de trois médecins dans la prochaine année, et des changements de pratique (AMP) ainsi que des départs à la retraite, sans considérer le risque de maladie ou de maternité dans l'équipe ;
- Pénurie de personnel ayant un impact sur la capacité hospitalière et sur les services de réadaptation ;
- Besoin d'améliorer les services à domicile et la prise en charge des retours à domicile afin de favoriser une gestion de risque lors de départ précoce ;
- Non-uniformisation des notes au dossier pour les patients : utilisation du dossier numérique pour les professionnels de la santé et utilisation du dossier papier pour les médecins.

### **Gériatrie – UCDG - Hôpital de jour**

Parmi les lits de santé physique, on dénombre neuf lits dédiés à l'UCDG, lesquels sont pris en charge par les médecins omnipraticiens avec une expertise en gériatrie (équipe de 3 médecins). Deux médecins de cette équipe font également de la consultation (interne et externe) en gériatrie et sont responsables de l'Hôpital de jour.

L'UCDG est devenu une unité indépendante de la couverture d'hospitalisation depuis septembre 2022. Ce changement dans l'organisation médicale permettra de développer une expertise pour répondre aux besoins de la population.

L'Hôpital de jour permet une prise en charge ambulatoire des patients gériatriques qui ont des problématiques en perte d'autonomie, de déclin, etc. qui nécessitent une réadaptation. Il s'agit d'une fréquentation à raison de deux fois par semaine. La durée de séjour est variable. Habituellement, le service est offert à environ 20 patients par semaine. Toutefois, depuis la pandémie, la reprise des services est graduelle en raison de la pénurie de personnel.

### **Gériatrie – problématiques**

- Départ à la retraite de l'infirmière de liaison en gériatrie : perte d'expertise et impact sur l'offre de service en gériatrie (collaboration étroite avec les médecins pour cibler les patients avec SCPD et/ou suspicion de troubles cognitifs) ;
- Offre de service de l'hôpital de jour non reprise en totalité en raison de la pénurie de personnel ;
- Offre de service des gériatres de Lévis non actualisée dans notre secteur.

### **Soins palliatifs**

Les soins palliatifs (en milieu hospitalier) sont assurés par l'ensemble des médecins. Toutefois, il y a possibilité de se référer à une équipe multidisciplinaire ayant développé une certaine expertise dans ce domaine incluant quelques médecins.

Dans la communauté, une maison de fin de vie « Les couleurs du vent » ouvrira ses portes en début d'année 2023. On y comptera 6 lits pour accueillir des personnes en fin de vie. L'implication de sept médecins omnipraticiens est prévue pour assurer la couverture médicale. De plus, la garde sera complétée avec l'aide de l'équipe d'hospitalisation.

### **Soins palliatifs – problématiques**

- Mise en place d'une équipe de médecins qui assure une garde 24-7 dans un contexte de fragilité des équipes et de surcharge des différents mandats à assumer ;
- Risque de démobilité des autres médecins (non impliqués dans la couverture de la maison de fin de vie) considérant le développement d'une équipe avec expertise reconnue, ce qui serait problématique puisque des soins palliatifs devront continuer à se donner sur tout le territoire et aussi par l'équipe de l'hospitalisation pour les lits réservés en milieu hospitalier.

### **Obstétrique**

L'année 2022 a démontré une fragilité importante de l'équipe en raison du congé de maternité d'une des omnipraticiennes et de l'augmentation de la charge de travail des omnipraticiens-accoucheurs suite au départ à la retraite de la pédiatre en 2021. Ainsi, l'équipe d'omnipraticiens en périnatalité est davantage sollicitée pour permettre une continuité des soins et des services. La prise en charge des nouveau-nés accouchés par les obstétriciens-gynécologues et la couverture des codes roses est assurée par les médecins accoucheurs.

L'équipe d'obstétrique est composée de quatre omnipraticiens avec volonté d'augmenter à cinq considérant le contexte de découverte au service de pédiatrie et la fragilité de l'équipe en place.

### **Obstétrique – problématiques**

- La situation de l'équipe des médecins de famille accoucheurs est en surcharge; le recrutement est urgent;
- Couverture des codes roses par l'équipe obstétrique seulement.

## **Services diagnostics (radiologie, laboratoire)**

### Radiologie

- Le service d'imagerie médicale à Thetford comprend 1 nucléiste et 4 radiologistes ;
- Plages horaires établies en radiologie pour une accessibilité sans RDV, en concordance avec les heures d'ouverture des cliniques médicales ;
- Accessibilité toujours priorisée aux plateaux techniques pour les demandes des médecins à l'urgence ;
- Accessibilité rapide aux résultats d'une radiographie lorsque lecture demandée en urgence par les médecins requérants ;
- Aucun service d'imagerie médicale privé sur le territoire ;

### Laboratoire

- Accessibilité rapide aux résultats d'un prélèvement, lorsque demandé en urgence par les médecins requérants ;
- Service de prélèvement disponibles dans plusieurs sites de la région pour la clientèle ambulatoire ;
- Déploiement d'Optilab ;
- Hors délais très fréquent pour les prélèvements demandés et les examens.

### **Services diagnostics - problématiques**

- Accessibilité plus restreinte aux plateaux techniques pour les médecins de famille en clinique médicale (GMF et hors GMF) pour des clients ayant les mêmes niveaux d'urgence que ceux qui se présentent à l'urgence;
- Enjeu de pertinence des demandes d'examens radiologiques;
- Enjeu de pertinence du niveau d'urgence en heures défavorables pour les demandes d'examens radiologiques;
- Le rapatriement des prélèvements dans un seul laboratoire dans le cadre d'OPTILAB a des impacts cliniques et nécessite une gestion des risques. Différents enjeux sont observés dont :
  - Le temps de transport en lien avec l'étalement géographique entraîne des impacts non négligeables sur la qualité de certains prélèvements;
  - Perte de prélèvements lors des transports;
  - Perte d'expertise locale au niveau des laboratoires;
  - Délai dans la réception des résultats de laboratoire et de pathologie.
- Retard de la retranscription médicale;
- Hors délais très fréquent pour les prélèvements et les examens en raison d'un nombre élevé de requêtes et de la pénurie de personnel pour cédule les patients;
- Changement de pratique / gestion du changement avec le système informatique. Transition vers les résultats informatiques.

## Volet spécialité

### Cliniques spécialisées (chirurgie, endoscopie, etc.)

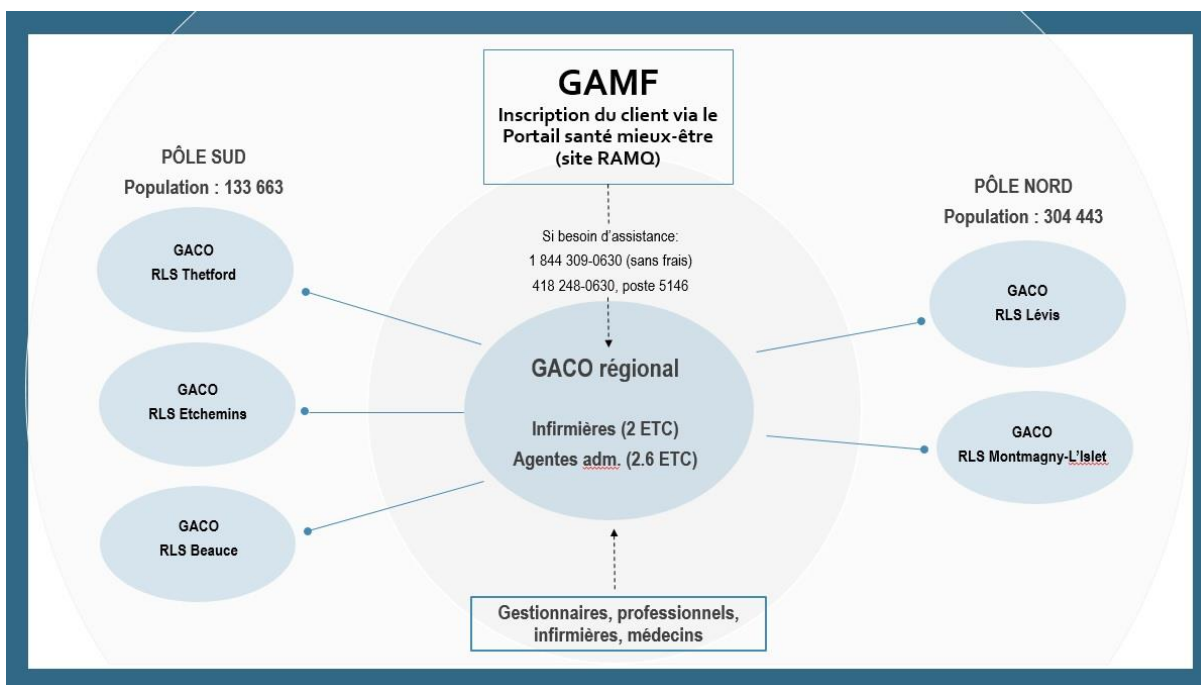
Deux médecins omnipraticiens offrent occasionnellement une clinique de chirurgies mineures. Les autres besoins en chirurgie mineure sont répondus par l'équipe de chirurgie générale.

Anatomopathologie :	0/1	
Anesthésiologie :	6/6	
Chirurgie générale :	3/3	
Chirurgie orthopédique :	3/3	
Médecine interne :	8/8	Inclut une arrivée en 2024
Médecine nucléaire :	1/1	
Obstétrique-gynécologie :	4/4	
Ophthalmologie :	2/2	
Oto-rhino-laryngologie et chirurgie cervico-faciale :	3/3	
Pédiatrie :	1/2	
Psychiatrie :	2/4	
Radiologie :	4/4	
Urologie :	1/1	

La prise en charge des lits des soins intensifs et de la psychiatrie est sous la responsabilité des médecins spécialistes. Un nombre de lits réservés à la chirurgie est à venir. Les spécialités de chirurgie générale et d'orthopédie hospitalisent à leur nom des usagers non chirurgicales correspondant à leurs champs de pratique.

### Guichet d'accès à la clientèle orpheline (GACO)

Le CISSS de Chaudière-Appalaches assumant pleinement sa responsabilité populationnelle et considérant l'accès comme une priorité a adopté et diffusé une politique d'accès à un médecin de famille et a consenti à l'ajout des ressources humaines et financières récurrentes afin de mieux coordonner les activités du guichet et de soutenir les usagers dans leur recherche d'un médecin de famille. Sous la gouverne de la direction des services professionnels et avec la collaboration des adjointes DSP et du DRMG, la gestionnaire du GAP/GACO coordonne le travail de deux agentes administratives et deux infirmières qui accompagnent les médecins dans la planification de leur début ou leur fin de pratique (boîte à outils), assure un support aux GMF et aux cliniques dans l'adhésion aux différentes lettres d'entente et procède à l'attribution des usagers par code de priorité. De plus, afin de réduire les refus d'attribution d'usagers, le personnel les contacte préalablement pour mettre à jour leur fiche clinique, s'assurer de leur intérêt à s'inscrire auprès d'un médecin et les sensibilise à l'importance de se présenter à leur rendez-vous.



#### Comité GACO/GAP - Pertinence

Afin d'adresser les enjeux, d'analyser les rapports, de diffuser les trajectoires et de maintenir la participation des différentes cliniques médicales, le comité GACO/GAP - Pertinence formé de la gestionnaire et des infirmières du guichet, des coordonnateurs médicaux des réseaux locaux de services et des adjointes DSP, se réunit de trois à quatre fois par année.

Un état de situation du guichet est déposé de façon statutaire aux instances suivantes :

- Conseil d'administration;
- Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens;
- Département régional de médecine générale;
- Table des chefs de département;
- Tables clinico-administratives;
- Table des chefs de GMF.

## Évolution du GAMF

En octobre 2016, lors de l'implantation du GAMF, on retrouvait un peu plus de 12 000 patients inscrits comparativement à plus de 78 000 patients en octobre 2022 en tenant compte des inscriptions collectives. Le nombre de ressources du GACO a été quelque peu bonifié. Toutefois, considérant l'augmentation de la charge de travail, le degré d'accompagnement s'en retrouve affecté.

RLS	Octobre 2016 Patients inscrits au GAMF	Octobre 2022 Inscriptions GAMF (excluant les inscriptions collectives)	Octobre 2022 Inscriptions collectives	Octobre 2022 Patients inscrits au GAMF
Alphonse-Desjardins	7 401	49 877	7 499	57 376
Beauce	2 354	8 503	2 630	11 133
Etchemins	138	1 203	200	1 403
Montmagny-L'Islet	1 260	1 300	2 001	3 301
Thetford	930	4 647	1 016	5 663
TOTAL	12 083	65 530	13 346	78 876

## Délai de prise en charge

Les infirmières s'assurent d'une prise en charge dans les meilleurs délais possibles. Malgré les efforts déployés, il est malheureusement impossible dans la plupart des cas de respecter les délais prescrits par le MSSS pour la prise en charge et tout particulièrement pour les priorités A et B.

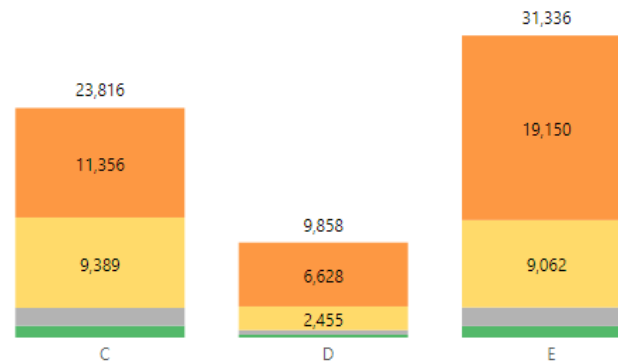
Réseau local de services	Priorité A (en attente du premier rendez-vous)	Priorité B (en attente du premier rendez-vous)	Priorité C	Priorité D	Priorité E
Délai cible (MSSS)	7 jours	15 jours	30 jours	90 jours	90 jours
Alphonse-Desjardins	36 (8)	21 (8)	16 482	7 977	24 875
Beauce	14 (11)	35 (21)	3 743	1 047	3 963
Etchemins	3 (1)	2 (1)	416	147	462
Montmagny-L'Islet	5 (4)	3 (2)	548	194	598
Thetford	8 (0)	62 (7)	2 627	493	1 438

En complément d'information, le tableau suivant présente les délais d'attente régionaux pour les priorités C-D-E.



### Répartition des demandes en attente par catégorie de priorité

● Moins de 30 jours ● Entre 30 et 90 jours ● Entre 90 et 365 jours ● Plus de 365 jours



### Inscription à un médecin de famille

Comme le démontre le tableau ci-dessous, les RLS des Etchemins, de Montmagny-L'Islet et de Thetford dépassent la cible ministérielle de 85 % d'inscriptions à un médecin de famille. Le RLS Beauce est à deux points de pourcentage sous la cible avec 83% tandis que le RLS Alphonse-Desjardins est à 9 points de pourcentage sous la cible avec 76 % ce qui a pour effet, en raison de son poids démographique, de faire passer le taux régional à 79 %.

RLS	Population admissible	Nombre inscrits à un médecin de famille	% inscrits à un médecin de famille	Nombre inscrits à un groupe de médecins	% inscrits à un groupe de médecins	% inscrits à un médecin ou groupe de médecins
Alphonse-Desjardins	261 082	197 290	76 %	7 817	3 %	79 %
Beauce	72 505	59 898	83 %	2 227	3 %	86 %
Etchemins	16 930	14 820	88 %	296	2 %	89 %
Montmagny-L'Islet	40 085	34 392	86 %	1 814	5 %	90 %
Thetford	42 886	37 059	86 %	990	2 %	89 %
<b>Total</b>	<b>433 488</b>	<b>343 459</b>	<b>79 %</b>	<b>13 144</b>	<b>3 %</b>	<b>82 %</b>

### Facteurs influençant la prise en charge

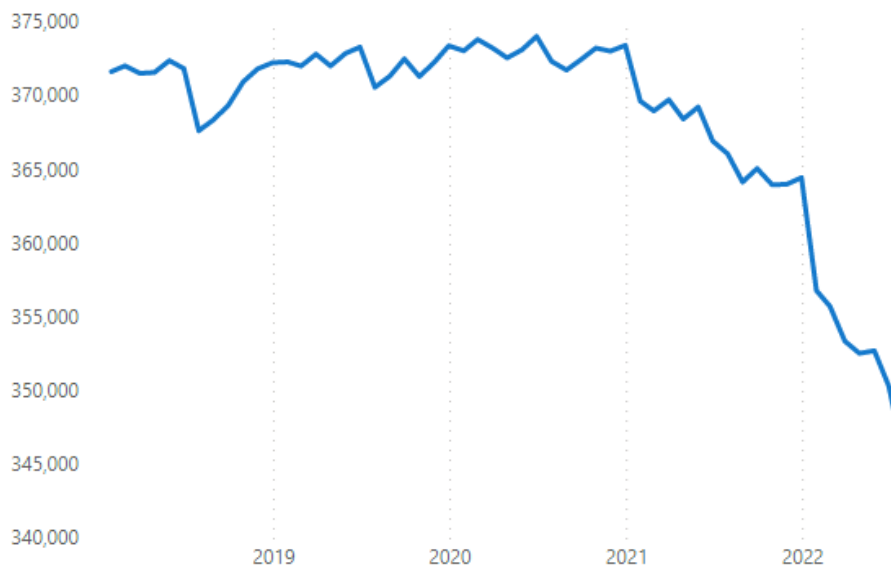
La prise en charge de patients inscrits au GAMF est influencée par plusieurs facteurs tant organisationnels que personnels, en voici quelques exemples :

- Conserver l'offre de service dans les différentes missions et installations dont certaines sont situées à une distance considérable des pôles populationnels;
- Pratique mixte d'une majorité des omnipraticiens (urgence, hospitalisation, UCDG, CHSLD, maison de soins palliatifs, consultations médicales en clinique, etc.);
- Obligation contractuelle d'offrir des plages de réorientations pour la clientèle ne nécessitant pas l'expertise des services d'urgence (P4-P5);
- Inscriptions collectives (premier volet de l'entente sur l'accès MSSS-FMOQ);
- Accès aux services de première ligne pour la clientèle sans médecin de famille (mesure 8,4 du programme GMF et deuxième volet de l'entente sur l'accès MSSS-FMOQ);
- Prise en charge systématique des nouveau-nés;

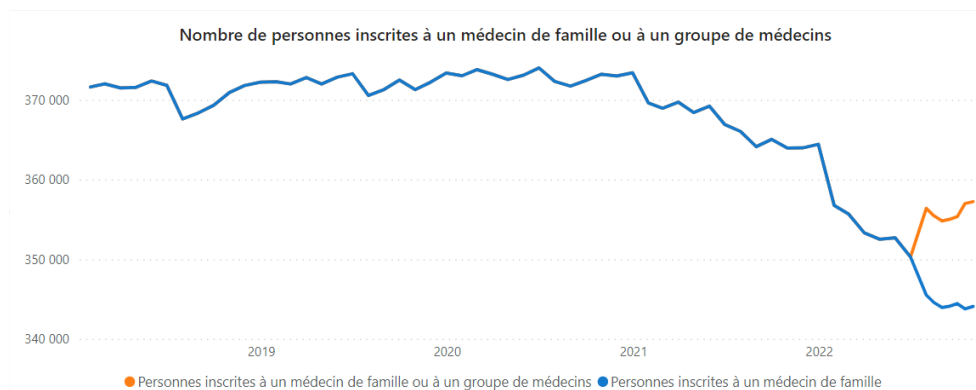
- Les médecins avec plusieurs années de pratique suivent habituellement un nombre considérable d'usagers et lorsqu'ils cessent leur pratique; il n'y a pas systématiquement de nouveaux facturants pour combler le besoin;
- Respect du nombre d'usagers à prendre en charge en début de pratique;
- L'éloignement parfois important entre les lieux de pratique (pratique mixte);
- Limite au nombre d'usagers pris en charge par certains médecins (250 si pratique soutenue à l'urgence – 500 si pratique mixte).

Ces enjeux expliquent en grande partie la baisse de 30 000 personnes inscrites à un médecin de famille depuis janvier 2021 :

Évolution du nombre de personnes inscrites à un médecin de famille



Cela dit, l'inscription collective de plus de 13 000 personnes par des groupes de médecins nous amène à un taux d'inscription combiné de 82 % et a pour effet de rendre accessibles à un plus grand nombre les services offerts en GMF :



Pour plus d'informations concernant l'accès à un service de première ligne, un portrait complet et actualisé est accessible par l'entremise du tableau de bord Power BI du MSSS dans les sections [Public - Performance RSSS | Première ligne](#) et [Première ligne | Inscriptions GAMF-Visites | Accès aux services - Première ligne](#).

## ORGANISATION DES SERVICES MÉDICAUX, RECRUTEMENT : VISION 5 ANS

### RLS Alphonse-Desjardins

#### En 1<sup>re</sup> ligne

- Le RLS de Chutes Chaudière et Desjardins fait face à de grands défis, car ce secteur est très attractif pour des médecins en fin de carrière ou en ralentissement de pratique voulant se rapprocher de la ville de Québec tout en bénéficiant de la qualité de vie de Chaudière-Appalaches. Ceux-ci ne comblent pas nécessairement les priorités essentielles ciblées en établissement (urgence, obstétrique et hospitalisation). Ce secteur est donc toujours réputé avoir un surplus de médecins malgré des secteurs d'activités en rupture de services;
- Mieux cibler les secteurs d'activités où déployer les médecins hors PREM ou en mobilité inter régionale afin qu'ils assurent une contribution significative en lien avec les besoins de cette population;
- S'assurer que les médecins des autres territoires du RLS du grand A-D (Lotbinière, Bellechasse et Nouvelle Beauce) participent aux activités de l'établissement puisque la clientèle de ces secteurs utilise aussi les services hospitaliers et à caractères régionaux offerts dans le RLS Chutes Chaudière et Desjardins;
- Promouvoir la polyvalence de la pratique médicale;
- Déployer une équipe SADI dans l'arrondissement Chutes Chaudière Desjardins;
- Adapter l'offre de service en considérant l'augmentation du nombre de personnes âgées en lien avec la construction d'établissements privés et privés conventionnés;
- Discuter avec les médecins responsables des petites cliniques de Bellechasse et Lotbinière afin de mettre en place des stratégies pour maintenir l'offre de service à la population;
- Implanter le constat de décès à distance 24/7 tant pour le SADI que pour les activités en hébergement et à l'hospitalisation.

#### En établissement

- Majorer l'offre de service en clinique ambulatoire de soins palliatifs;
- Travailler à la reconnaissance du travail effectué par l'équipe du service d'intervention médico légale;
- Revoir le mode d'organisation des services de réadaptation en exploitant davantage le travail multidisciplinaire.

### En 1<sup>re</sup> ligne

- Maintenir les efforts de répartition équitable des nouveaux médecins dans chacun des points de service afin d'assurer une prise en charge optimale de la population :
  - Poursuivre les efforts de recrutement pour le secteur de St-Pamphile. Le maintien d'une bourse d'installation demeure un atout;
  - Consolider l'équipe de médecins du secteur de St-Jean Port-Joli en travaillant davantage sur les facteurs de rétention;
  - Revoir le modèle de garde 24/7 de St-Fabien lors du départ à la retraite de certains médecins. Il faudra envisager recruter des médecins qui feront une pratique en résidence plutôt qu'en itinérance.
- Compléter la réflexion sur le maintien d'un seul GMF versus scinder en 2 GMF, la portion privée et les sites CLSC, permettant ainsi l'intégration de ressources additionnelles en GMF;
- Déployer un projet pilote SADI dans un modèle semi-rural pour répondre aux besoins des usagers très vulnérables, en soins palliatifs et de fin de vie;
- Déployer une nouvelle équipe de médecins pour assurer les services en continu en soins palliatifs à la Maison d'Hélène;
- Il est nécessaire de maintenir l'exigence des pratiques mixtes et polyvalentes.

### En établissement

- Il faut s'assurer que les médecins de famille s'impliquent en hospitalisation, selon le modèle établi dans le document de la « Mission hospitalière en médecine générale » élaboré par le département de médecine générale du CISSS de Chaudière-Appalaches. L'arrivée de nouveaux spécialistes rend nécessaire une nouvelle répartition des tâches en milieu hospitalier (soins de plaies complexes, chirurgies mineures, etc.).

### En 1<sup>re</sup> ligne

- Développer l'offre de service en soins palliatifs en externe;
- Revoir les stratégies d'attractions et de rétention des résidents pour le GMF-U des Etchemins;
- Se doter d'un outil permettant de bien connaître les effectifs médicaux en place et les besoins prioritaires afin de mieux cibler les AMP disponibles;
- Développer l'intégration des ELI sur notre territoire dans une optique de recrutement.

### En établissement

- Stabiliser l'équipe de l'urgence de l'Hôpital de Saint-Georges-de-Beauce (actuellement mécanise de dépannage nécessaire pour combler les quarts);
- Consolider les différentes équipes d'omnipraticiens (URFI, CHSLD, hospitalisation, obstétrique et UCDG) et continuer d'axer sur une pratique polyvalente lors du recrutement;
- Atteindre l'objectif ministériel de 50% de prise en charge des hospitalisations par les médecins spécialistes (cible prescrite pour un hôpital de la taille de celui de Saint-Georges-de-Beauce), donc moins de prise en charge par les médecins de famille afin qu'ils puissent répondre aux autres besoins en première ligne;
- Développer un service de soins palliatifs hospitalier pour répondre aux besoins de consultations en établissement. La collaboration avec l'équipe de la Maison Catherine-de-Longpré est à privilégier;
- Revoir le mode d'organisation des services de réadaptation (URFI) en favorisant davantage le travail multidisciplinaire.

### En 1<sup>re</sup> ligne

- Favoriser la transition des cliniques en pratique individuelle vers le modèle GMF et une pratique interdisciplinaire;
- Favoriser et maintenir l'intégration des ELI sur notre territoire à raison de deux par année dans une optique de recrutement;
- Favoriser et maintenir la cogestion médicale en lien avec les enjeux locaux;
- Favoriser et poursuivre les travaux du comité local de recrutement.

### En établissement

- Réorganiser l'unité de soins UTP et développer une couverture spécifique pour cette unité;
- Impliquer les médecins omnipraticiens dans l'élaboration du Plan fonctionnel et technique (PFT) de l'urgence de Thetford et à s'assurer de déployer les meilleures pratiques;
- Former une équipe dédiée au niveau des deux CHSLD pour l'uniformité des pratiques;
- Consolider l'équipe de médecins de famille en obstétrique et périnatalité ainsi qu'à l'hospitalisation;
- Créer une équipe de médecins afin de couvrir les soins palliatifs et la garde reliée;
- Améliorer la contribution des soins à domicile dans le contexte de capacité hospitalière limitée.

## LES OBJECTIFS RÉGIONAUX

### Objectif 1

**Cultiver le plaisir de pratiquer la médecine dans Chaudière-Appalaches (les médecins de famille ont besoin de retrouver et donner un sens à leur travail)**

#### Actions

- Mettre en lumière les bons coups et partager les initiatives positives;
- Encourager les initiatives visant la promotion d'une équipe solidaire et en santé;
- Favoriser un processus d'accueil, d'accompagnement et d'intégration, ainsi que de mentorat, pour les nouveaux médecins;
- Favoriser les échanges en présence afin de renforcer les liens entre les équipes médicales locales et régionales;
- Inciter les équipes de première ligne à prendre soins de leur santé;
- Informer le MSSS de l'état des équipes et des actions à poser pour améliorer la situation.

### Objectif 2

**Assurer un accès équitable et pertinent à l'ensemble de la population de Chaudière-Appalaches dans un modèle de collaboration interdisciplinaire (bon patient, bon moment, bon professionnel).**

#### Actions

- Promouvoir l'inscription (collective et individuelle) de la clientèle orpheline en attente au GAMF (cible 85% et plus);
- S'assurer que l'ensemble des GMF contribue à l'offre des services populationnels, incluant la clientèle orpheline au sans rendez-vous (100% des GMF);
- Soutenir les GMF dans le déploiement de l'accès adapté (100% des GMF en accès adapté partiel);
- Assurer l'inscription des bébés de 0 à 2 ans;
- S'assurer d'une adéquation entre l'offre et les besoins médicaux de consultation via le Guichet d'accès première ligne (GAP);
- Optimiser la pratique interdisciplinaire et développer des trajectoires d'accès direct à d'autres professionnels suite à l'évaluation du besoin;
- Informer le MSSS des actions qu'ils ont à poser pour supporter l'atteinte de cet objectif.

### Objectif 3

**Optimiser le travail interdisciplinaire afin d'utiliser judicieusement les ressources humaines disponibles**

#### Actions

- Développer une organisation clinique répondant aux exigences des nouveaux modes de collaboration interprofessionnelle tant au plan clinique qu'immobilier (locaux et espaces adéquats pour les activités cliniques) pour les médecins et professionnels;
- Favoriser une approche collaborative en interdisciplinarité en intégrant davantage les infirmières praticiennes spécialisées (IPS) en GMF, au SADI, en hébergement et en réadaptation;
- Poursuivre le déploiement d'ordonnance collective (OC) et d'ordonnance individuelle d'ajustement (OIA);
- Participer au plan de déploiement des infirmières praticiennes spécialisées (IPS) en partageant les connaissances sur les besoins de la région.

- Consolider les équipes œuvrant dans différents secteurs d'activités en intégrant les pratiques collaboratives;
- Poursuivre les travaux en lien avec l'encadrement des pratiques professionnelles en première ligne.
- Informer le MSSS des actions qu'ils ont à poser pour favoriser la réalisation de cet objectif.

## Objectif 4

**Promouvoir une culture d'amélioration continue et favoriser l'utilisation des bonnes pratiques, basées et appuyées par des données probantes et indicateurs de suivis**

### Actions

- Implanter les changements requis suivant l'adoption de la Loi 25, (protection des renseignements personnels des usagers) (100% conforme à la date);
- Soutenir l'amélioration continue par la contribution des AACQ (agent d'amélioration continue de la qualité) et la mise en place des CLAC (comités locaux d'amélioration continue) (au moins 6 comités);
- Promouvoir l'application des guides de bonnes pratiques en première ligne;
- Promouvoir l'usage pertinent des examens d'imagerie médicale et de laboratoire;
- S'assurer de la réalisation du BCM pour la clientèle présentant des troubles cognitifs (100% pour les patients référés au TRCO);
- Encourager les GMF à participer à des projets d'amélioration continue de la pratique;
- Informer le MSSS des actions qu'ils ont à poser pour soutenir l'atteinte de cet objectif.

## Objectif 5

**Développer des partenariats avec les différents acteurs de la communauté (patients partenaires, organismes communautaires, entreprises, etc.) en lien avec les besoins populationnels de santé**

### Actions

- Intégrer les patients partenaires dans les projets d'amélioration continue;
- Développer de nouvelles trajectoires d'accès afin de mieux répondre aux besoins de l'ensemble de la population;
- Informer le MSSS des actions qu'ils ont à poser pour développer les partenariats nécessaires.

## Objectif 6

**Adapter les trajectoires et le continuum de soins en fonction des nouveaux programmes et initiatives ministérielles**

### Actions

- Finaliser le déploiement le PQPTM dans tous les GMF de la région (100 % des GMF);
- Finaliser le déploiement du TRCO dans les GMF de la région (100 % des GMF);
- Assurer la prestation des services médicaux dans les Maisons des aînés (MDA) (100 %);
- Consolider l'offre de service du SAD et déployer le programme de soins à domicile intensifiés (SADI);
- Déployer le programme de dépistage du VPH;
- Poursuivre l'implantation d'une trajectoire fluide de réorientation des usagers vers leur GMF ou vers le GMF-R;
- Poursuivre les travaux de référence pour un suivi auprès de son médecin de famille après une consultation à l'urgence;
- Développer la trajectoire de réorientation des usagers orphelins ou en inscriptions collectives via le GAP;
- Améliorer l'accessibilité pour les interventions d'AMM par l'implication d'un plus grand nombre de médecins, tant



en établissement qu'à domicile;

- Collaborer au processus de régularisation des transports ambulanciers;
- Informer le MSSS des actions qu'ils ont à poser pour assurer une mise en place conforme des trajectoires.

## Objectif 7

### Consolider les pratiques de cogestion et la gouvernance médico-administrative en médecine de famille

#### Actions

- Développer un partenariat solide entre comité de direction du DRMG, la direction des services professionnels, le chef du département de médecine générale et les tables territoriales;
- Participer activement aux comités d'arrimage des trajectoires cliniques avec les directions cliniques de l'établissement (Jeunesse, Réadaptation, SAPA, Santé mentale);
- Poursuivre le déploiement et la collaboration avec les co-gestionnaires administratifs des différents programmes cliniques du CISSS de Chaudière-Appalaches;
- Préciser le rôle et les responsabilités des coordonnateurs médicaux locaux (CML);
- Soutenir les médecins responsables de GMF et préciser leurs rôles et responsabilités;
- Informer le MSSS des actions qu'ils ont à poser pour faciliter la communication et les pratiques de saine gestion.

## Objectif 8

### Promouvoir et maintenir les activités d'enseignement et de recherche en première ligne

#### Actions

- Promouvoir les projets d'éruditions en GMF-U et diffuser les résultats pour l'amélioration des pratiques;
- Poursuivre les démarches de mobilisation et d'adhésion des équipes médicales au déploiement du programme ELI et augmenter la capacité d'accueil des ELI; (dans nos 4 CH);
- Encourager le partenariat et la réalisation de projet de recherche en GMF;
- Augmenter le nombre de médecin de famille détenant le statut de chargé d'enseignement (+10%);
- Promouvoir la participation et la collaboration des médecins de famille à la mission enseignement du Pavillon Aventure médecine;
- Mettre en place des stratégies d'attraction et de rétention afin de combler et augmenter les places de résidents dans les deux GMF-U;
- Informer le MSSS des actions qu'ils ont à poser pour supporter la réalisation de cet objectif.

## Objectif 9

**Poursuivre le virage numérique de la pratique et utiliser efficacement les technologies d'information disponibles**

### Actions

- Déployer les DMÉ dans les points de service CLSC où il existe une prestation de soins médicaux;
- Poursuivre le déploiement du conseil numérique et de la télédermatologie;
- Promouvoir les initiatives de télésanté;
- Implanter le constat de décès à distance 24/7 tant pour le SADI que pour les activités en hébergement;
- Promouvoir et déployer un outil informatique de triage permettant d'optimiser les ressources;
- Identifier une stratégie afin de rendre disponible en temps opportun des rapports de consultations lisibles (médecine spécialisée et autres professionnels) par le déploiement de la dictée numérique au CISSS-CA;
- Informer le MSSS des actions qu'ils ont à poser pour supporter la réalisation de cet objectif

## ANNEXE 1

### PORTRAIT DES EFFECTIFS MÉDICAUX EN DATE DU 15 MARS 2023

#### RLS ALPHONSE-DESJARDINS

GMF	LIEU	# MDS	NIVEAU	INSC. NON PONDÉRÉES <sup>2</sup>	INSC. PONDÉRÉES
<b>GMF Clinique médicale de Lévis</b> Clinique médicale Lévis-Lauzon	Lévis	17	7	20 402	24 124
<b>GMF Taniata</b> Clinique médicale Taniata	Lévis	8	1	7 093	7 893
<b>GMF-A Lévis-Métro</b> Clinique médicale Lévis-Métro	Lévis	25	9	23143	26 770
<b>GMF Saint-Étienne</b> Clinique médicale Saint-Étienne	Lévis	11	2	10 765	11 598
<b>GMF Lévis-Les Rivières</b> Centre médical Lévis-Les-Rivières	Lévis	23	7	23 242	26 292
<b>GMF Clinique des Ponts</b> Clinique des Ponts	Lévis	13	3	8 762	11 806
<b>GMF-U de Lévis</b> GMF-U de Lévis	Lévis	25	4	15 363	18 278
<b>GMF Sainte-Croix/Saint-Patrice</b> Les médecins associés de Sainte-Croix Coop de solidarité santé du sud de Lotbinière	Sainte-Croix Saint-Patrice-de-Beaurivage	9 3	3	12 741	14 467
<b>GMF Laurier-Station</b> Centre de santé Arthur-Caux Clinique médicale Sainte-Agathe	Laurier-Station Sainte-Agathe	7 1	2	9 772	11 574

<sup>2</sup> Données en provenance du rapport 8 du MSSS en date du 2023-03-15

<b>GMF Nouvelle-Beauce</b> Centre médical Nouvelle-Beauce Coopérative de solidarité régionale Coop de solidarité Santé Saint-Bernard Clinique médicale Saint-Isidore Clinique médicale Vallée-Jonction	Sainte-Marie Frampton Saint-Bernard Saint-Isidore Vallée-Jonction	31 *La contribution des médecins peut se faire sur plus d'un site.	<b>6</b>	<b>16 738</b>	<b>19 895</b>
<b>GMF Rive-de-l'Etchemin</b> Clinique médicale Saint-Anselme Clinique médicale Saint-Henri	Saint-Anselme Saint-Henri-de-Lévis	10 4	<b>5</b>	<b>17 494</b>	<b>19 909</b>
<b>GMF Bellechasse</b> Clinique médicale Saint-Charles Coop Santé des Monts de Bellechasse	Saint-Charles-de-Bellechasse Saint-Damien	4 4	<b>1<sup>3</sup></b>	<b>1968</b>	<b>2250</b>

<b>CLINIQUES MÉDICALES NON AFFILIÉES</b>		
	<b>LIEUX</b>	<b>MDS</b>
Clinique Obstétrique Bilodeau	Saint-Lambert-de-Lauzon	1
Clinique Dr Mario Lelièvre	Lévis	1

---

<sup>3</sup> Une situation particulière vécue par le GMF a fait l'objet d'une dérogation accordée par le MSSS afin que le GMF obtienne le niveau 1 de financement malgré le nombre insuffisant d'inscriptions pondérées associé à ce niveau.

## RLS DE BEAUCE et ETCHEMINS

GMF	LIEU	# MDS	NIVEAU	INSC. NON PONDÉRÉES <sup>4</sup>	INSC. PONDÉRÉES
<b>GMF-U des Etchemins</b>					
Centre multiservices de santé et de services sociaux de Lac-Etchemin	Lac-Etchemin	15	<b>3</b>	<b>9 938</b>	<b>12 264</b>
Centre de Santé et de Services Sociaux des Etchemins	Sainte-Justine	1			
<b>GMF Clinique familiale</b>					
Clinique familiale Saint-Georges de Beauce	Saint-Georges	16	<b>8</b>	<b>19 609</b>	<b>23 106</b>
Clinique médicale de Saint-Prosper	Saint-Prosper	1			
<b>GMF Chaudière-Ouest</b>	Saint-Georges	14	<b>6</b>	<b>17 617</b>	<b>20 715</b>
Clinique médicale Chaudière					
<b>GMF Beauceville</b>					
Coopérative de santé Robert-Cliche	Beauceville	8	<b>4</b>	<b>11 993</b>	<b>13 241</b>
Coopérative de santé Robert-Cliche	Saint-Joseph	6			
Clinique médicale de Saint-Gédéon	Saint-Gédéon	3			

<sup>4</sup> Données en provenance du rapport 8 du MSSS en date du 2023-03-15

CLINIQUES MÉDICALES NON AFFILIÉES GMF		
	LIEUX	MDS
Saint-Benoît	Saint-Benoît	1
Saint-Martin	Saint-Martin	1
Tring jonction	Tring	2
Beauceville	Beauceville	1
CLSC La Guadeloupe	La Guadeloupe	3

## RLS DE MONTMAGNY-L'ISLET

GMF	LIEUX	# MDS	NIVEAU	INSC. NON PONDÉRÉES <sup>5</sup>	INSC. PONDÉRÉES
<b>GMF Montmagny</b>					
Clinique médicale de Montmagny	Montmagny	18	11	32 969	37 702
Clinique médicale du Cap-Saint-Ignace	Cap Saint-Ignace	5			
CLSC Saint-Fabien-de-Panet	Saint-Fabien-de-Panet	6			
CLSC Saint-Pamphile	Saint-Pamphile	8			
CLSC Saint-Jean-Port-Joli	Saint-Jean-Port-Joli	6			

<sup>5</sup> Données en provenance du rapport 8 du MSSS en date du 2023-03-15

## RLS DE THETFORD

GMF	LIEU	# MDS	NIVEAU	INSC. NON PONDÉRÉES <sup>6</sup>	INSC. PONDÉRÉES
<b>GMF de Thetford</b> Clinique médicale Kingsville Clinique de médecine familiale Champlain	Thetford Mines Disraeli	14 4	<b>4</b>	12 739	15 048
<b>GMF des Appalaches</b> Clinique familiale de Thetford Mines	Thetford Mines	11	<b>3</b>	17 617	15 048

CLINIQUES MÉDICALES NON AFFILIÉES GMF		
	LIEU	# MDS
Clinique médicale des Appalaches	Thetford Mines	1
Clinique médicale de Thetford	Thetford Mines	1
Clinique médicale du Carrefour	Thetford Mines	2
Centre médical des Boulevards	Thetford Mines	1
Centre médical de Disraeli	Disraeli	1
Clinique médicale Vision Santé	Thetford Mines	1
CLSC d'East-Broughton	East-Broughton	1
CLSC d'Adstock	Adstock	1
CLSC de Disraeli	Disraeli	2

<sup>6</sup> Données en provenance du rapport 8 du MSSS en date du 2023-03-15

**Centre intégré  
de santé et de services  
sociaux de Chaudière-  
Appalaches**

**Québec** 

[www.cisss-ca.gouv.qc.ca](http://www.cisss-ca.gouv.qc.ca)

