

Plan régional d'organisation des services (PROS) médicaux généraux 2021-2024

Département régional de médecine générale
de la Capitale-Nationale

JUIN 2021



PLAN RÉGIONAL D'ORGANISATION DES SERVICES (PROS) MÉDICAUX GÉNÉRAUX 2021-2024

CONCEPTION DU PROS SOUS LA DIRECTION DE :

Dr Jacques Bouchard, chef du DRMG et les membres du comité de direction du DRMG :

Dre Catherine Bouffard-Dumais

Dr François Brunet

Dr Jérôme Charest

Dre Sophie Claude

Dre Chantal Guimont

Dr Daniel Lamontagne

Dre Annie Richard

Dr Daniel Rizzo

Dr Michel Robitaille

Dre Lucie Rodier

Dr Stéphane Rioux

Dr Arnaud Samson

CONCEPTION DU PROS AVEC LA COLLABORATION ÉTROITE DE :

M. Michel Delamarre, président-directeur général du CIUSSS de la Capitale-Nationale

COORDINATION :

Dre Isabelle Samson, directrice des services professionnels

Mme Geneviève Landry, directrice adjointe des services professionnels – volet administratif

RÉDACTION :

Mme Mélissa Bourgoïn, chef de service des programmes de première ligne – DSP

Mme Mélanie Dupont, agente de planification, de programme et de recherche
au service des programmes de première ligne – DSP

Mme Ghislaine Tré, agente de planification, de programme et de recherche
à la gestion des effectifs médicaux – DSP

Adoption au comité de direction du DRMG le 14 avril 2021

Présentation au conseil d'administration le 18 mai 2021

TABLE DES MATIÈRES

4 MISE EN CONTEXTE

5 DÉMOGRAPHIE ET ÉTAT DE SANTÉ DE LA POPULATION

5 Évolution de la démographie

6 Santé globale

8 Maladies chroniques

11 PRÉSENTATION DE L'OFFRE DE SERVICE DANS LA RÉGION DE LA CAPITALE-NATIONALE

11 CIUSSS de la Capitale-Nationale

12 Centre hospitalier universitaire de Québec – Université Laval

12 Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec – Université Laval

12 Autres établissements

13 PANDÉMIE ET URGENCE SANITAIRE (COVID-19)

15 GOUVERNANCE

16 EFFECTIFS MÉDICAUX

17 Répartition des effectifs médicaux par établissements

20 Gestion des effectifs médicaux

20 Activités médicales particulières

20 Activités académiques

21 Résidents en médecine de famille

22 Enjeux reliés aux effectifs médicaux

23 Enjeux spécifiques reliés aux effectifs médicaux par RLS

25 ACCÈS ET ORGANISATION DES SERVICES

25 Enjeux d'accès à un médecin de famille

27 Enjeux d'accès pour les clientèles vulnérables

27 Enjeux d'accessibilité aux services spécialisés

28 CONSIDÉRATIONS POUR LE PLAN D'ACTION 2021-2024 PAR RLS

28 RLS de Portneuf

28 RLS de Charlevoix

28 RLS de Québec-Nord

28 RLS de Québec-Sud

29 CONCLUSION

MISE EN CONTEXTE

L'élaboration du *Plan régional d'organisation des services médicaux généraux* (PROS) est prévue par la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (LSSSS), et ce, dans les responsabilités du Département régional de médecine générale (DRMG) énoncées à l'article 417.2. Il est prévu que le DRMG doit définir et proposer le PROS, lequel précise par territoire de réseau local de services (RLS) 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 ;
- assurer la mise en place et l'application de la décision de l'agence relative à ce plan.

Ce document est le fruit de nombreuses rencontres, consultations et discussions auprès des membres du comité de direction du DRMG de la Capitale-Nationale, incluant chacun des responsables de RLS et représentants du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) de la Capitale-Nationale, du Centre hospitalier universitaire de Québec–Université Laval (CHU de Québec-Université Laval) et de l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec–Université Laval (IUCPQ–Université Laval). Les présidents-directeurs général (PDG) et les directeurs des services professionnels (DSP) des trois établissements de la Capitale-Nationale ont également été consultés par le chef du DRMG. Il présente un état de situation des tendances démographiques et épidémiologiques modulant les besoins de la population, des services de médecine de famille et des effectifs médicaux de la Capitale-Nationale ainsi qu'une démarche constructive et évolutive de planification des effectifs médicaux et des services.

Le plan vise à identifier les principaux enjeux, émettre différentes hypothèses et avancer des pistes de solution afin de répondre adéquatement aux besoins de la population. Ce qui se traduit notamment par l'organisation des services, l'exploration de nouvelles possibilités et la révision des différents processus entourant la répartition des effectifs médicaux. En somme, l'objectif de cette démarche est d'améliorer l'accès ainsi que la qualité des services offerts à la population.

Le comité de direction du DRMG de la Capitale-Nationale a donc défini ses objectifs en fonction des données populationnelles, des effectifs actuels et des besoins identifiés par ses membres et ses partenaires dans les différents secteurs d'activités.

DÉMOGRAPHIE ET ÉTAT DE SANTÉ DE LA POPULATION

La région de la Capitale-Nationale s'étend sur une superficie de 18 643 km² et compte 750 490 habitants. Elle se divise en quatre réseaux locaux de services (RLS) : Portneuf, Québec-Nord, Québec-Sud, et Charlevoix.

Près de 90 % de la population de la région de la Capitale-Nationale habite les RLS de Québec-Nord et de Québec-Sud. De la même façon, la concentration de l'offre de services en première ligne et des médecins de famille se trouve principalement dans ces RLS. L'ensemble des services de santé de la région sont offerts principalement par le CIUSSS de la Capitale-Nationale, le CHU de Québec-Université Laval et l'IUCPQ-Université Laval.

Les RLS de Portneuf et de Charlevoix sont désignés comme des secteurs ruraux, avec une population répartie sur un grand territoire, ce qui entraîne une certaine complexité dans l'organisation des services de santé de

proximité. Certains éléments sont à prendre en considération, notamment les déplacements requis pour accéder aux soins, autant pour la population que pour les professionnels qui prodiguent les services. Bien que la majorité des services et des plateaux techniques soient présents dans le secteur Québec-Métro, des services en soins spécialisés sont néanmoins offerts dans les RLS en périphérie.

Un certain pourcentage de population dite défavorisée est concentré dans certains secteurs (Basse-Ville, Limoilou-Vanier et Charlevoix) entraînant ainsi des besoins particuliers dont il faut tenir compte. La région de la Capitale-Nationale doit composer avec une diversité culturelle grandissante, incluant une communauté anglophone bien établie ainsi que l'accroissement de sa clientèle allophone et de nouveaux arrivants¹.

CONSIDÉRATIONS POUR LE PLAN D'ACTION 2021-2024

Avec comme objectif d'offrir des services et des soins de santé cohérents avec les besoins de la population de sa région, le DRMG de la Capitale-Nationale fera une veille régulière de l'état de santé de la population. Cette veille, réalisée en partenariat avec des acteurs de la santé publique et des trois établissements du territoire, permettra d'ajuster l'offre de service et les trajectoires de soins selon les tendances qui se dessinent et selon l'évolution de l'état de santé de la population.

La prochaine section précise le portrait actuel du territoire de la Capitale-Nationale, en exposant les plus récentes données sur l'évolution de la démographie,

l'état de santé global de la population et la prévalence des maladies chroniques.

Évolution de la démographie

La population de la région de la Capitale-Nationale augmentera de 3 % entre 2019 et 2025. En effet, selon les perspectives démographiques², la région, qui compte actuellement 165 250 personnes âgées de 65 ans et

plus (figure 1), connaîtra une hausse de 32 256 personnes entre 2019 et 2025. Cette hausse importante du nombre d'aînés est particulièrement marquée dans les régions rurales de Charlevoix et de Portneuf.

1 CIUSSS de la Capitale-Nationale, Direction de la santé publique. Portrait de santé 2019 de la population de la Capitale-Nationale – Structure de la population. Juin 2019.

https://www.ciuss-capitalenationale.gouv.qc.ca/sites/default/files/docs/fas_structure_de_la_population_2019-06-07.pdf

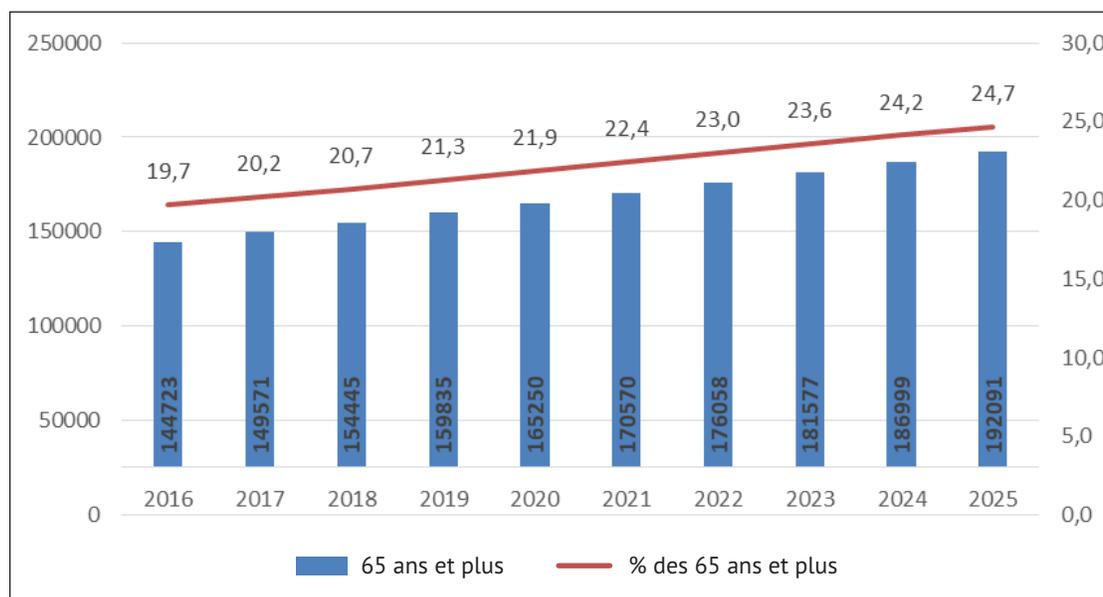
2 Institut de la statistique du Québec (ISQ), Série 2020 des estimations de population (1996-2019 : série produite en février 2020) et Série 2020 des projections de population (2020-2041 : série produite en avril 2020).

Les projections démographiques de 1996 à 2036 mettent également en évidence la tendance qui amènerait la proportion des 65 ans et plus à doubler, passant ainsi de 13 % à 28 %. Même si elle est stable pour l'heure, la

proportion des 18 à 64 ans diminuerait de 67 % à 56 % d'ici 2036. Ces données mettent en évidence le vieillissement accéléré de la population de la région.

FIGURE 1

Évolution du nombre et de la proportion des 65 ans et plus dans la Capitale-Nationale pour la période 2021-2025



Santé globale

Dans la région de la Capitale-Nationale, la population se porte bien dans son ensemble, affirmation qui s'appuie entre autres, sur le constat d'une espérance de vie allongée, d'une diminution de la mortalité prématurée (décès survenus entre 0 et 74 ans) et d'une diminution de la mortalité évitable. En outre, parmi la population de 15 ans et plus, 9 personnes sur 10 évaluent leur santé comme excellente, très bonne ou bonne³.

Bien que la mortalité par cancer et par maladie cardiovasculaires ait diminué, ces maladies restent les deux

principales causes de mortalité de la région pour environ 56 % des décès⁴. L'incidence de ces maladies pourrait être évitée ou retardée par l'adoption de saines habitudes de vie. L'obésité, la consommation de cannabis et la consommation excessive d'alcool sont en hausse, alors que le tabagisme et la sédentarité sont en diminution⁵.

D'importantes inégalités de l'état de santé perdurent, en fonction du statut socioéconomique des personnes, des ménages, du territoire de résidence ou de l'indice de défavorisation. Lorsqu'il est question de certaines

3 CIUSSS de la Capitale-Nationale, Direction de la santé publique. Portrait de santé 2019 de la population de la Capitale-Nationale – Santé globale. Juin 2019. https://www.ciusss-capitalnationale.gouv.qc.ca/sites/d8/files/docs/SantePublique/apropos/DSPUBL_portrait_sante_2019-sante-globale.pdf

4 Idem

5 CIUSSS de la Capitale-Nationale. La santé de la population de la Capitale-Nationale. Mai 2018. https://www.alliancesantequebec.com/wp-content/uploads/2018/06/FDesbiens_AsQ_26-mai-2018.pdf

conditions de santé, plusieurs disparités sont observées parmi la population des différents RLS de la Capitale-Nationale⁶. Certains secteurs présentent une situation défavorable de l'état de santé individuel comparativement au reste du Québec, et présentent des besoins jugés prioritaires en matière de santé. C'est le cas du RLS de Québec-Sud et du RLS de Charlevoix.

La population du RLS de Charlevoix présente une espérance de vie moyenne à la naissance de 80,8 ans, soit en dessous de la moyenne provinciale de 81,9 ans. C'est également dans ce RLS que se trouve le pourcentage d'aînés le plus élevé de la région de la Capitale-Nationale, le quart de sa population étant âgé de plus de 65 ans. La densité de population est la plus faible de tout le territoire de la Capitale-Nationale, ce qui requiert d'adapter les trajectoires de services en raison de la distance à parcourir, par exemple dans l'offre de services de soutien à domicile⁷.

Le RLS de Québec-Sud présente une grande disparité entre les sous-territoires de en ce qui concerne la santé de la population. Le sous-territoire Québec Basse-Ville et celui de Limoilou-Vanier se démarquent défavorablement pour plusieurs déterminants de la santé et pour la prévalence de plusieurs maladies chroniques⁸. Comparativement à l'ensemble du Québec pour la période 2012-2016, c'est dans ces deux sous-territoires que l'écart de l'espérance de vie est la plus marquée soit, 76,5 ans dans Québec Basse-Ville, et à 79,7 ans dans Limoilou-Vanier. Pourtant dans le même RLS, les sous-territoires de Sainte-Foy - Sillery et Haute-Ville ont tous deux les espérances de vie les plus élevées de l'ensemble du territoire de la Capitale-Nationale avec respectivement 84,3 ans et 87,7⁹. Également, dans les sous-territoires de Limoilou-Vanier et de Québec Basse-Ville, il est noté un taux de mortalité évitable générale beaucoup plus élevé (121 % et 125 %) que la moyenne de la Capitale-Nationale (72 %) ¹⁰.

Le RLS de Portneuf se démarque par une croissance de 22,2 % du groupe des personnes âgées de 65-74 ans, ce qui est légèrement à la hausse par rapport à la moyenne de la Capitale-Nationale de 19 %. La mortalité évitable générale dans ce RLS est parmi les plus faibles de la Capitale-Nationale, soit 61 pour 100 000 comparée au sous-territoire de Québec-Basse-Ville à 122 pour 100 000 et pour la province du Québec à 81 pour 100 000.

La population du RLS de Québec-Nord présente un état de santé comparable au reste de la population du Québec, bien que la prévalence et l'incidence de l'hypertension artérielle soient plus élevées. Le secteur de la Jacques-Cartier est caractérisé par une plus forte proportion de jeunes (27,0 %) et de 20-64 ans (63,3 %), ainsi que par une très faible part de personnes âgées (9,7 %) ¹¹, alors que d'autres secteurs comme Beauport englobent une forte proportion de population vulnérable et atteinte de problème de santé mentale. Ces disparités dans les besoins de la population sur un même territoire complexifient la livraison d'une offre de service de proximité adaptée.

6 CIUSSS de la Capitale-Nationale, Direction de la santé publique. La santé de la population de la Capitale-Nationale, Statistiques régionales, Surveillance de l'état de santé et de ses déterminants, juin 2018.

7 Institut de la statistique du Québec. Bulletin statistique régional, édition 2017. Capitale-Nationale. 2017. https://bdso.gouv.qc.ca/docs-ken/multimedia/PB01608FR_RA03_2017A00F00.pdf

8 CIUSSS de la Capitale-Nationale, Direction de santé publique. Les inégalités sociales de santé dans Basse-Ville et Limoilou-Vanier. Regard spécifique sur 18 indicateurs. Mars 2018. https://www.ciusss-capitalnationale.gouv.qc.ca/sites/default/files/fas_iss_basse-ville-limoilou-vanier_2018-04-06.pdf

9 CIUSSS de la Capitale-Nationale. La santé de la population de la Capitale-Nationale. Mai 2018. https://www.alliancesantequebec.com/wp-content/uploads/2018/06/FDesbiens_AsQ_26-mai-2018.pdf

10 CIUSSS de la Capitale-Nationale, Direction de la santé publique. Portrait de santé 2019 de la population de la Capitale-Nationale – Santé globale. Juin 2019. https://www.ciusss-capitalnationale.gouv.qc.ca/sites/d8/files/docs/SantePublique/apropos/DSPUBL_portrait_sante_2019-sante-globale.pdf

11 Institut de la statistique du Québec. Bulletin statistique régional, édition 2017. Capitale-Nationale. 2017. https://bdso.gouv.qc.ca/docs-ken/multimedia/PB01608FR_RA03_2017A00F00.pdf

Maladies chroniques

Depuis 2011, le vieillissement accéléré de la population et l'augmentation de la population sur le territoire de la Capitale-Nationale s'accompagnent d'une augmentation de la prévalence et de l'incidence des maladies chroniques. À l'exception des maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC), les prévalences des maladies chroniques chez les hommes sont plus élevées que chez les femmes¹². Les maladies chroniques se développent rapidement à partir de 65 ans et les populations de certains territoires sont plus touchées, telles que Charlevoix, Québec Basse-Ville et Limoilou-Vanier. Le PROS brosse le portrait des quatre maladies chroniques ayant le plus d'incidence sur l'état de santé de la population de la Capitale-Nationale, soit le diabète, les MPOC, les maladies

vasculaires cérébrales et les cardiopathies ischémiques. Les données et les figures présentées sont issues du document *Portrait de santé 2020 de la population de la Capitale-Nationale – Quatre maladies chroniques, obésité et cinq habitudes de vie associées*, publié en mars 2020 par le CIUSSS de la Capitale-Nationale.

Ces quatre maladies chroniques entraînent régulièrement un requis d'hospitalisation pour les patients atteints. Le nombre d'hospitalisations a considérablement diminué au cours des 20 dernières années pour les cardiopathies ischémiques, les MVC et le diabète alors que les taux d'hospitalisation pour les MPOC sont demeurés relativement stables.

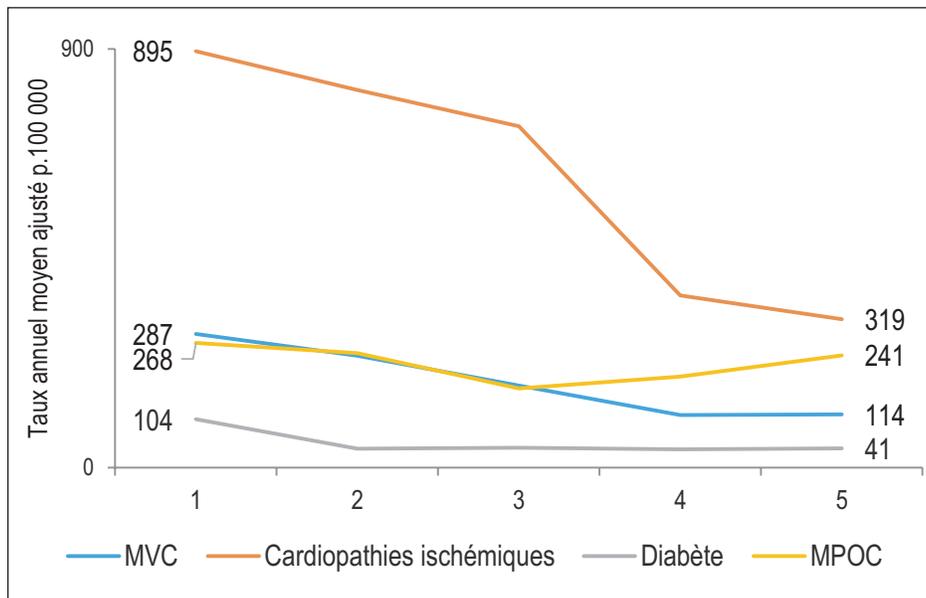


FIGURE 2
Évolution de l'hospitalisation pour les quatre maladies chroniques, sexes réunis, Capitale-Nationale, 1991-1996 à 2014-2019

12 Portrait de santé 2020 de la population de la Capitale-Nationale – Quatre maladies chroniques, obésité et cinq habitudes de vie associées, CIUSSS de la Capitale-Nationale. Coordination, Sonia Dugal, Judith Rose-Maltais ; analyse des données statistiques et rédactions, Myriam Duplain. Mars 2020.

Diabète

Les données sur l'évolution de la prévalence du diabète des 20 ans et plus montrent que 7,9 % de la population vit avec un diagnostic de diabète en 2016-2017, soit une augmentation de 2,4 % depuis 2000. Par ailleurs, un peu plus du quart des 75 ans et plus vivent avec un diagnostic de diabète.

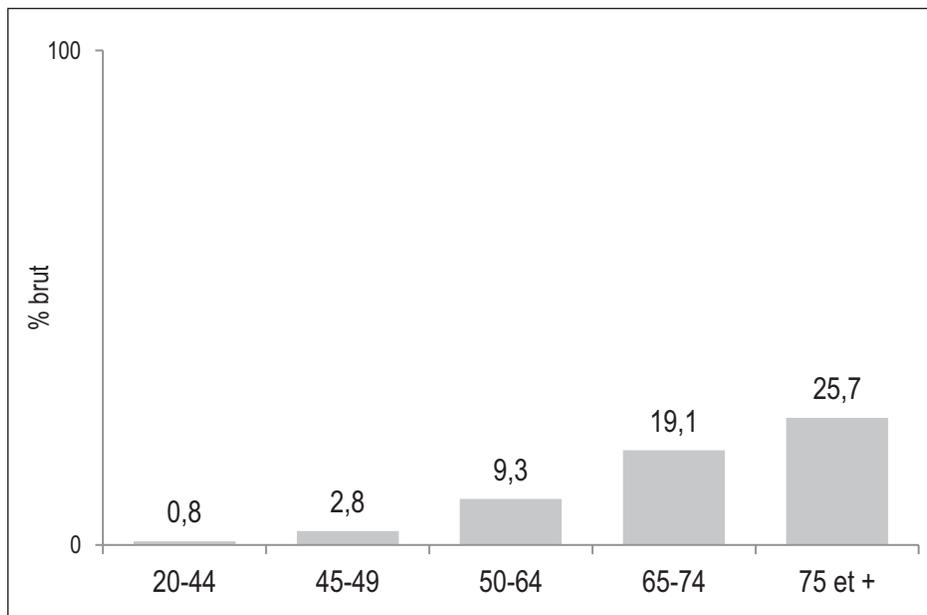


FIGURE 3
Prévalence du diabète
par âge, sexes réunis,
Capitale-Nationale,
2016-2017

Maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC)

L'évolution de la prévalence des MPOC chez les 35 ans et plus est relativement stable. Entre 2000 et 2017, elle est passée de 8,4 % à 9,2 % de la population. Encore ici, environ le quart des 75 ans et plus vivent avec un diagnostic de MPOC.

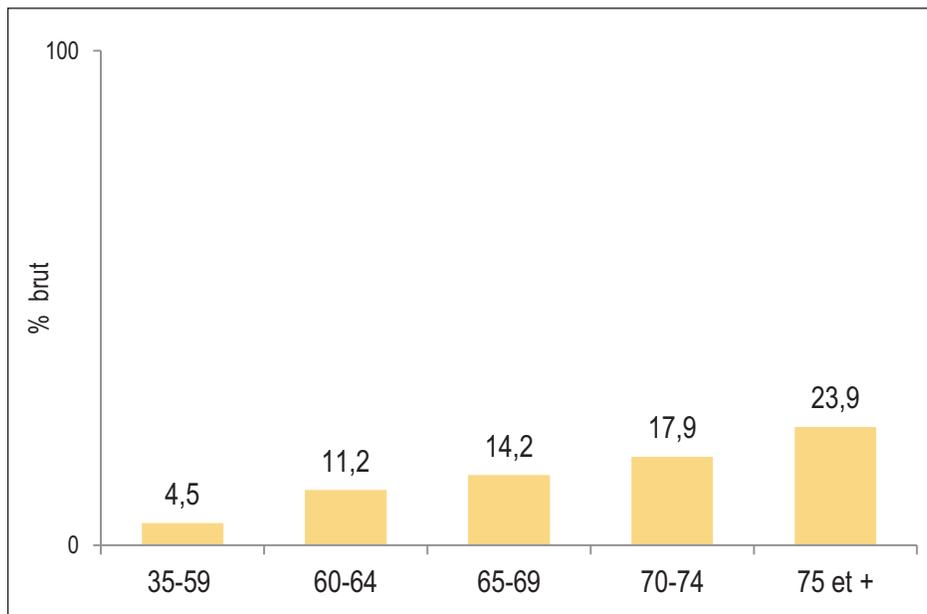


FIGURE 4
Prévalence des MPOC
par âge, sexes réunis,
Capitale-Nationale,
2016-2017

Maladies vasculaires cérébrales (MVC)

La prévalence des maladies vasculaires cérébrales des 20 ans et plus est stable, passant de 1,7 % en 2000 à 2,2 % de la population en 2017. Un peu plus de 1 personne sur 10 âgée de 75 ans et plus vit avec un diagnostic des maladies vasculaires cérébrales.

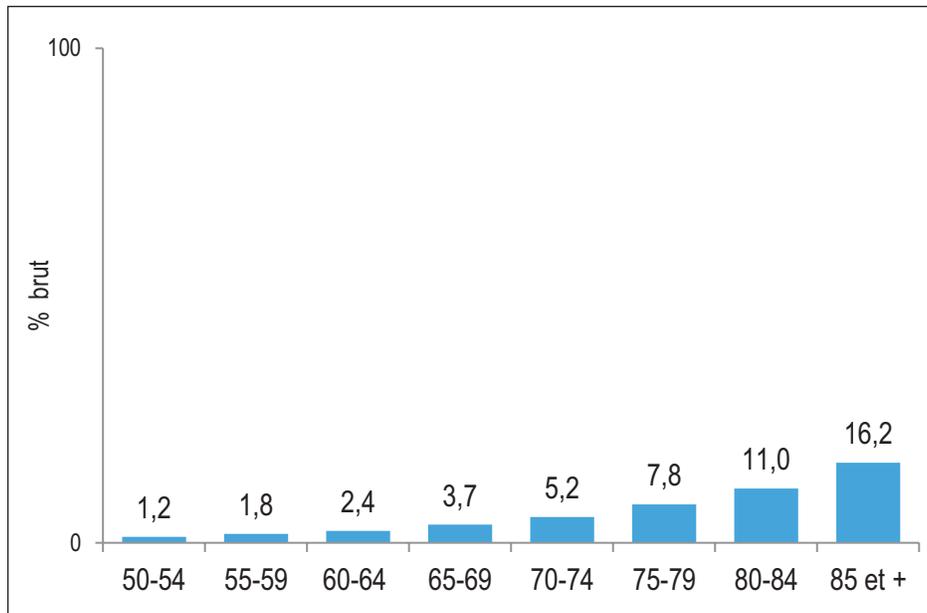


FIGURE 5
Prévalence des MVC
par âge, sexes réunis,
Capitale-Nationale,
2016-2017

Cardiopathies ischémiques

Les données montrent une faible évolution de la prévalence des cardiopathies ischémiques des 20 ans et plus, passant de 8,4 % en 2000 à 9,8 % en 2017. Environ 42 % des personnes de 75 ans et plus vivent avec un diagnostic de cardiopathies ischémiques. Il faut souligner que la prévalence de certaines maladies chroniques comme les cardiopathies ischémiques chez les 65 ans et plus sont plus élevées comparativement à celle de la population du Québec¹³.

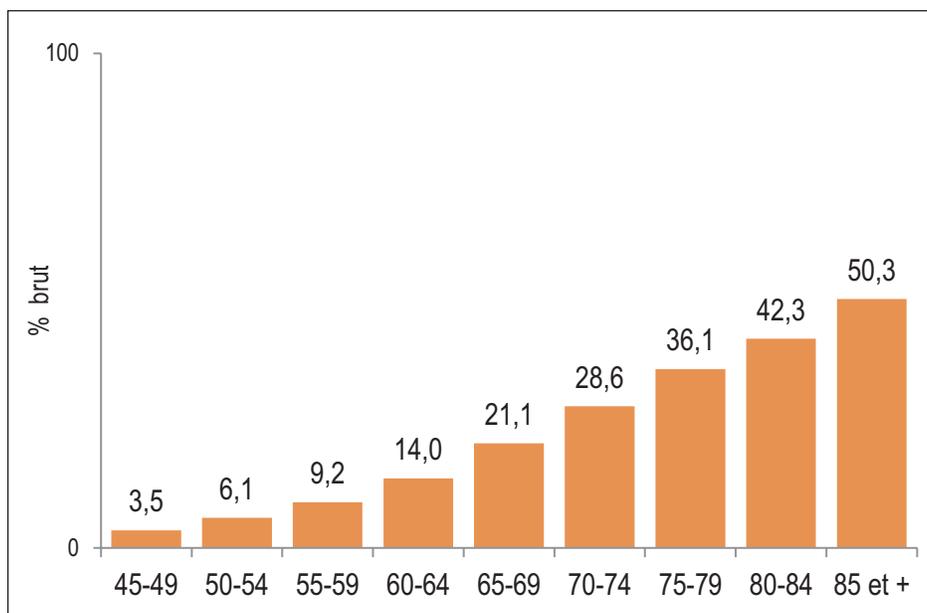


FIGURE 6
Prévalence des cardiopathies
ischémiques par âge, sexes réunis,
Capitale-Nationale,
2016-2017

13 Institut national de santé publique. Système intégré de surveillance des maladies chroniques du Québec (SISMACQ). 2019.

PRÉSENTATION DE L'OFFRE DE SERVICE DANS LA RÉGION DE LA CAPITALE-NATIONALE

La région de la Capitale-Nationale compte trois établissements publics de santé et de services sociaux, soit :

- Le CIUSSS de la Capitale-Nationale ;
- Le Centre hospitalier universitaire (CHU) de Québec–Université Laval ;
- L'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec–Université Laval (IUCPQ–Université Laval).

Ces trois établissements publics collaborent à la prestation de l'offre de service de la région de la Capitale-Nationale en termes de services de santé et de services sociaux, et constituent les principaux acteurs du réseau de formation clinique le plus vaste au Québec : le Réseau universitaire intégré de Santé et de Services sociaux de l'Université Laval (RUISSS UL).

La région de la Capitale-Nationale compte également des établissements privés :

- La Maison Michel-Sarrazin ;
- 8 établissements privés avec mission centres d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD) conventionnés ;
- 5 établissements privés avec mission CHSLD non conventionnés.

De plus, 33 Groupes de médecine de famille (GMF), dont six ont des désignations universitaires (GMF-U) et sept des désignations réseau (GMF-R) et de nombreuses cliniques médicales sont également impliquées dans l'offre de services de première ligne.

CIUSSS de la Capitale-Nationale

Le CIUSSS de la Capitale-Nationale administre 75 installations qui se retrouvent dans les quatre RLS de la Capitale-Nationale et assure des services diversifiés en respect des missions qu'elles opèrent. Le CIUSSS a une responsabilité populationnelle avec ses missions de centres locaux de services communautaires (CLSC), CHSLD, centre de réadaptation, ainsi que les missions centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CHSGS) en santé mentale et en santé physique. Ce sont 430 médecins de famille qui exercent au sein de ces installations. L'accès et la continuité des services à proximité des communautés demeurent une préoccupation constante pour le CIUSSS de la Capitale-Nationale. Le développement et la consolidation de l'offre de service en médecine de famille dans les RLS de Portneuf et de Charlevoix font partie des priorités de l'organisation pour assurer un accès équitable à ces services. Parmi les installations du CIUSSS de la Capitale-Nationale, se trouvent :

- 6 centres hospitaliers ;
- 28 CLSC ;
- 1 GMF public multisites, 4 GMF universitaires publics et 2 GMF universitaires privés ;
- 29 CHSLD.

Il regroupe notamment quatre instituts universitaires :

- Institut universitaire en santé mentale de Québec (IUSMQ) ;
- Institut de réadaptation en déficience physique de Québec (IRDPO) ;
- Centre jeunesse de Québec-Institut universitaire ;
- Institut universitaire de première ligne en santé et en services sociaux.

Les médecins de famille du CIUSSS de la Capitale-Nationale exercent leur profession dans les départements cliniques et services suivants :

- Département de médecine d'urgence ;
- Département de psychiatrie : soins de santé physique aux patients hospitalisés ;
- Département de médecine de famille :
 - Soins ambulatoires,
 - Soins aux personnes âgées,
 - Hébergement,
 - Hospitalisation,
 - Soins à domicile,
 - Soins palliatifs,
 - Obstétrique,
- Département de santé publique.

Centre hospitalier universitaire de Québec – Université Laval

Afin d'assurer la continuité de son offre de service, le CHU de Québec-Université Laval dont les installations sont réparties dans le RLS de Québec-Sud compte sur la contribution de plus de 278 médecins de famille membres de son département de médecine générale et de son département de médecine d'urgence.

Le CHU de Québec-Université Laval regroupe cinq établissements, soit :

- Centre hospitalier de l'Université Laval (CHUL) ;
- Hôpital du Saint-Sacrement (HSS) ;
- L'Hôtel-Dieu de Québec (LHDQ) ;
- Hôpital de l'Enfant-Jésus (HEJ) ;
- Hôpital Saint-François d'Assise (HSFA).

Les médecins de famille du CHU de Québec-Université Laval exercent leur profession dans les départements et services suivants :

- Département de médecine d'urgence : dans les cinq hôpitaux ;

- Département de médecine générale :
 - Service d'hospitalisation : HSS, HSFA et Unité de traumatologie de HEJ,
 - Service de médecine générale : Clinique des victimes d'agression à caractère sexuel, sénologie, recherche, soins aux personnes âgées,
 - Service de périnatalité : CHUL et HSFA,
 - Service de planification des naissances : CHUL et HSFA,
 - Service de soins palliatifs,
- Département de médecine préventive, de santé publique et d'ETMIS ;
- Autres départements :
 - Département d'anesthésiologie,
 - Département de chirurgie,
 - Département de médecine spécialisée.

Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec – Université Laval

L'IUCPQ-Université Laval compte une installation située dans le RLS de Québec-Sud avec comme d'expertise de pointe les maladies cardiovasculaires, les maladies pulmonaires et thoraciques, l'obésité, le diabète de type 2 et des maladies liées au métabolisme.

À l'automne 2020, l'IUCPQ-Université Laval compte parmi ses membres 29 médecins de famille :

- 17 membres actifs ;
- 11 membres associés.

De façon plus spécifique, les médecins de famille de l'IUCPQ-Université Laval exercent leur profession dans les secteurs suivants :

- Médecine d'urgence ;
- Soins palliatifs ;
- Soins gériatriques.

Autres établissements

D'autres établissements privés comme la Maison Michel-Sarrazin offrent également les services de médecine familiale.

La Maison Michel-Sarrazin est un établissement privé à une vocation spécifique en soins palliatifs située dans le RLS de Québec-Sud. Le centre offre des services régionaux et suprarégionaux, et compte un total de 15 lits de soins palliatifs ainsi qu'un centre de jour de 10 places.

En novembre 2019, 25 médecins étaient membres du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP), dont :

- 3 membres actifs ;
- 8 membres associés (2 consultants et 6 pour la garde) ;
- 8 membres-conseils (consultations à l'occasion) ;
- 6 membres honoraires.

PANDÉMIE ET URGENCE SANITAIRE (COVID-19)

Depuis mars 2020, la pandémie mondiale de la COVID-19 présente des défis sans précédent pour le réseau de la santé, et ses effets ont eu – et auront – des impacts importants sur les effectifs médicaux et la prestation de soins de santé par les professionnels de la santé.

La médecine de famille a largement contribué à la prestation de service pour les patients. Au printemps 2020, le DRMG a piloté la mise sur pied de quatre cliniques désignées d'évaluation (CDE) ; à Portneuf (site non traditionnel), à Charlevoix (site non traditionnel), et dans Québec-Métro (MAclinique Lebourgneuf et Hôpital Jeffery Hale). Ces cliniques reçoivent en consultation ambulatoire des centaines de patients par jour qui présentent des symptômes associés à la COVID-19, et assurent ainsi que l'ensemble des GMF et des cliniques médicales puissent recevoir les patients qui ne présentent pas de symptôme de la maladie à coronavirus, réduisant les risques de contamination.

Les urgences du territoire de la Capitale-Nationale ont également été largement sollicitées pour prodiguer des soins aux patients atteints de la COVID-19 et afin de mettre en place des trajectoires spécifiques d'accueil de patients transférés dans leur établissement.

La crainte des usagers de quitter leur domicile pour consulter leur médecin de famille dans le contexte de la pandémie et particulièrement pendant la première vague (printemps 2020) a engendré, pour plusieurs d'entre eux, le déconditionnement et la décompensation de conditions chroniques. En effet, dans l'ensemble de la province du Québec, l'achalandage dans les cliniques médicales a diminué drastiquement au printemps 2020, avec en contrepartie une augmentation de l'utilisation des urgences, en plus des besoins en lits d'hospitalisation et de places en CHSLD.

Dans un exercice de concertation important lors de la première vague de la pandémie, les trois établissements de la Capitale-Nationale ont mis sur pieds des centres désignés de convalescence (CDC), en transformant notamment un hôtel en centre d'hébergement et de soins pour la population atteinte de la COVID-19. L'Armée du Salut a été désignée pour accueillir les patients en situation d'itinérance et un étage de CHSLD est venu bonifier l'offre d'hébergement. D'autres CDC ont également été mis en place pour des clientèles particulières. Ces lieux ont permis une stratégie de « cohortage », c'est-à-dire d'y

transférer les patients confirmés ou suspectés de maladie à Coronavirus dès leur identification pour limiter la propagation du virus auprès des autres résidents. Après la première vague, le CIUSSS de la Capitale-Nationale a repris la gestion des CDC et a ouvert un autre CDC comptant plus de 40 lits (CDC St-Augustin). L'application de cette stratégie de « cohortage » qui a permis d'éviter la contamination dans les milieux de vie a reposé sur un bon nombre d'effectifs en médecine de famille et de ressources humaines.

Les effectifs médicaux de première ligne ont été mobilisés activement pour assurer les soins aux personnes âgées dans les résidences privées pour aînés (RPA). Les besoins urgents et indispensables pour les résidents ont nécessité la création d'une brigade médicale en zone chaude, en collaboration avec les équipes mission déployées par l'équipe de la sécurité civile du CIUSSS de la Capitale-Nationale. Les effectifs de la brigade médicale en zone chaude ont été déployés dans de nombreuses RPA et dans les CDC. Cette même brigade médicale a également prêté main-forte aux équipes locales en CHSLD lors d'éclousions.

Le délestage de plusieurs activités et services a entraîné un changement dans les pratiques médicales et interdisciplinaires, en plus de nouvelles trajectoires de soins de l'usager. L'utilisation de la télésanté s'est rapidement étendue sur l'ensemble du territoire de la Capitale-Nationale afin d'offrir un maximum de services à la population pouvant être prodigué à l'aide de la technologie. Une structure de gouvernance a été établie afin d'optimiser l'utilisation de la télésanté et d'assurer la formation des professionnels aux différentes plateformes utilisées, en plus d'assurer l'adoption de bonnes pratiques en matière de télésanté.

CONSIDÉRATIONS POUR LE PLAN D'ACTION 2021-2024

Plusieurs défis attendent encore le réseau de la santé en lien avec la pandémie. C'est pourquoi le DRMG demeure vigilant et propose les actions suivantes pour assurer la continuité de la prestation des soins dans l'avenir :

- Maintenir la mobilisation des effectifs médicaux dans la brigade médicale en zone chaude pour assurer les soins requis aux patients atteints de la COVID en milieu de vie et dans les centres de convalescence.
- Assurer une vigie et adapter le plan de maintien des activités cliniques et des services de première ligne à la population, en cohérence avec les niveaux d'interventions du Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS).
- Optimiser l'utilisation de la télésanté en soutenant l'adoption des bonnes pratiques et en assurant la formation des médecins résidents à l'utilisation de la télésanté.

GOVERNANCE

Tel qu'indiqué dans la loi, le DRMG assure la planification des effectifs médicaux et l'organisation des services médicaux en première ligne. Pour ce faire, les membres du DRMG assurent le leadership de l'exercice de concertation des nombreux partenaires offrant des soins et des services sur le territoire de la région de la Capitale-Nationale pour permettre une répartition adéquate et équitable des effectifs médicaux ainsi que pour développer et maintenir une offre de services de proximité qui répond aux besoins de la population.

Tel que démontré dans la section sur la présentation de l'offre de service, le territoire de la Capitale-Nationale compte plusieurs établissements qui ont chacun leur mission propre, répartis sur un vaste territoire en quatre

RLS. La réforme de 2015 a mené à la création des 12 sous-territoires de répartition de la main-d'œuvre médicale. Cette réorganisation a progressivement fait migrer les tables locales territoriales vers des représentants désignés par RLS, membre du comité de direction du DRMG, et un regroupement sur la base des GMF (table des chefs GMF). La création du CIUSSS, la présence de deux autres établissements universitaires offrant également des services requérant des effectifs en médecine de famille, et les changements apportés dans la gouvernance du programme GMF ont entraîné une refonte des liens de concertation et de cogestion dans tous les aspects de l'organisation des services de première ligne régionaux.

CONSIDÉRATIONS POUR LE PLAN D'ACTION 2021-2024

Dans le but de faciliter ce vaste exercice de concertation et de favoriser l'adhésion des médecins et des partenaires à la mission du DRMG, le DRMG propose la création d'espaces et de processus de collaboration élargis à l'ensemble des parties prenantes du territoire :

- D'abord, un lieu de concertation entre les trois DSP, les trois PDG des établissements et le DRMG de la Capitale-Nationale de la région et le DRMG sera mis en place, pour permettre le développement d'une vision stratégique régionale.
- Avec comme objectif de raviver le leadership médical local, le DRMG propose de mobiliser les médecins de famille sur la base de plus petits regroupements géographiques afin de créer des réseaux de collaboration à petite échelle et que les enjeux vécus soient solutionnés selon les réalités locales, en partenariat avec les établissements.
- En collaboration avec le MSSS, le DRMG et le CIUSSS de la Capitale-Nationale effectueront dès 2021 l'implantation d'une structure de soutien intégrée et pérenne en ajoutant sept postes permanents aux ressources déjà en place, incluant une équipe d'agents de planification, de programmation et de recherche, de techniciennes administratives et d'archivistes, afin de soutenir la mission élargie du DRMG pour quatre axes prioritaires (la planification des effectifs médicaux, les gestions des opérations, la communication-concertation-enseignement et l'accès aux services médicaux). Cette équipe sera intégrée au sein de la DSP du CIUSSS de la Capitale-Nationale sous la responsabilité d'une direction adjointe dédiée aux services de proximité intégrés en GMF.

Par la réalisation de ces actions, le DRMG vise une structure de gouvernance dynamique, adaptable aux réalités locales et centrée sur les besoins des patients.

Dans ce contexte, le DRMG de Capitale-Nationale hérite du mandat complexe de trouver l'équilibre entre les forces en présence et d'assurer une réponse adéquate aux besoins de la population dans le respect des mandats

et des priorités de chacun des partenaires. Pour y arriver, le DRMG a besoin d'un comité de direction mobilisé, soutenu par une équipe dédiée à la mission du DRMG.

EFFECTIFS MÉDICAUX

Le DRMG compte 998 médecins membres actifs sur le territoire de la Capitale-Nationale. La grande majorité des médecins pratiquent dans plus d'un milieu clinique. Ainsi, ils peuvent avoir des privilèges de pratique dans plus d'un établissement du territoire, ou encore travailler à la fois en établissement et en GMF, etc.

Conséquemment, plusieurs médecins sont comptabilisés plus d'une fois dans la description qui suit.

Parmi les 998 médecins membres du DRMG :

- 28 médecins de famille pratiquent hors de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ).
- 69 médecins de famille exercent leur pratique exclusivement dans des milieux liés à des organismes gouvernementaux, tels que Retraite Québec, la Société d'assurance automobile du Québec (SAAQ), le Tribunal administratif du travail (TAT), la CNESST, etc.
- 610 médecins de famille pratiquent en GMF. Environ le tiers d'entre eux a une pratique exclusive en GMF, alors que leurs collègues pratiquent dans un ou plusieurs autres milieux cliniques.
- 430 médecins de famille ont des privilèges de pratique au CIUSSS de la Capitale-Nationale.
- 278 médecins de famille ont des privilèges de pratique au CHU de Québec-Université Laval.
- 29 médecins de famille ont des privilèges de pratique à l'IUCPQ Université-Laval.
- 25 médecins de famille ont des privilèges de pratique à la Maison Michel-Sarrazin.

Pour chacun des RLS, la répartition des effectifs médicaux est la suivante :

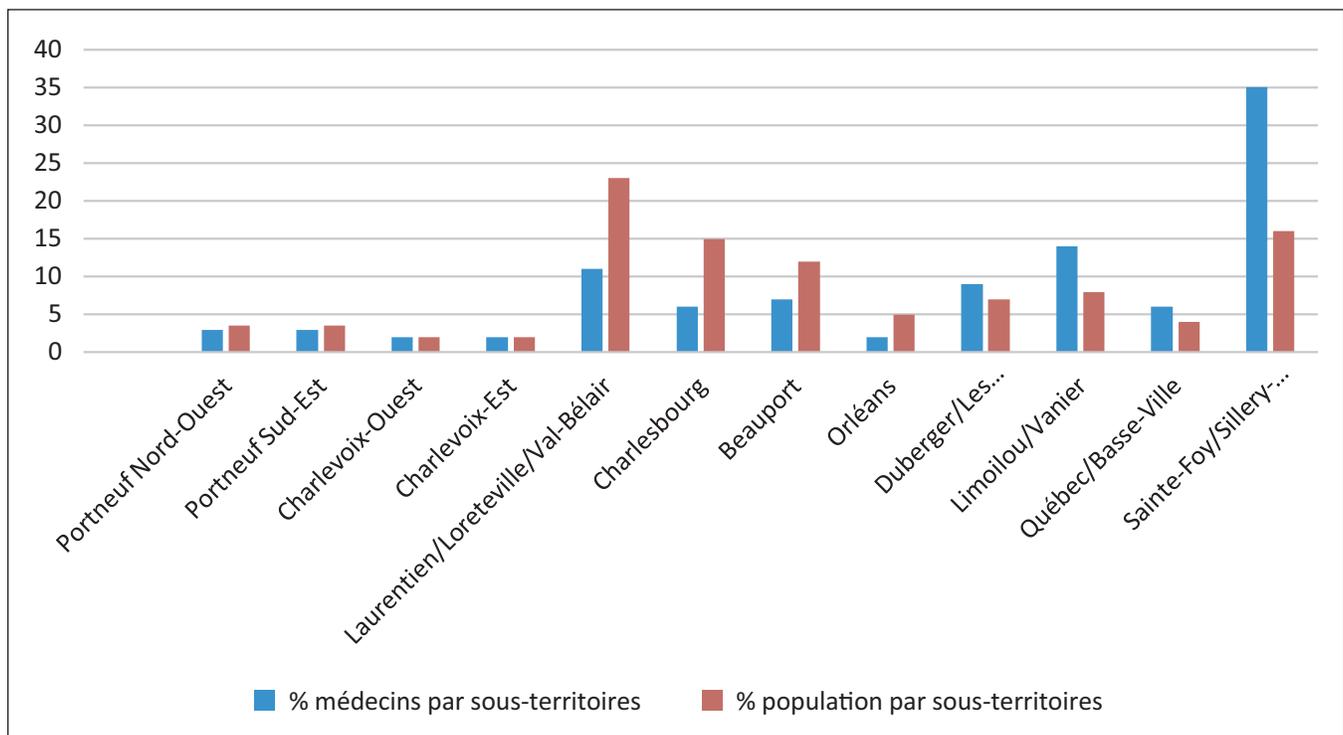
TABLEAU 1

RLS (lieu de travail principal)	Nombre de médecins
Charlevoix	45
Portneuf	58
Québec-Nord	327
Québec-Sud	568
Total général	998

Le graphique suivant (figure 7) représente le pourcentage de la population des sous-territoires versus le pourcentage des effectifs médicaux affectés à chacun des sous-territoires. On y remarque que les quatre sous-territoires de Duberger-Les Saules-Lebourgneuf, Limoilou-Vanier, Québec Basse-Ville et Sainte-Foy-Sillery-Québec-Haute-Ville présentent un écart important entre le nombre de médecins présents sur ces territoires et la population à desservir. Ces écarts s'expliquent, entre autres, par la concentration des hôpitaux du CHU de Québec-Université Laval et de l'IUCPQ Université-Laval dans ces territoires, la présence des ministères et organismes gouvernementaux (MSSS, CNESST, SAAQ) qui ont recours aux services de nombreux médecins-conseils, et la présence de l'Université Laval qui a un programme d'enseignement en médecine. Ainsi, les données indiquent un taux élevé de médecins par habitant dans ces sous-territoires, sans distinction entre les effectifs consacrés aux soins de proximité à la population du sous-territoire et les missions régionales et suprarégionales, ou encore à l'enseignement (qui vise une population de plus de 2 millions d'habitants, soit tout l'est de la province et le nord du Nouveau-Brunswick.) À l'inverse, les sous-territoires Laurentien-Loretteville-Val-Bélair et Charlesbourg vivent une forte augmentation démographique depuis quelques années, de sorte que le taux de médecins par habitant y est beaucoup moins élevé. Ces sous-territoires situés dans le RLS de Québec-Nord rencontrent des défis d'effectifs médicaux importants. En effet, la répartition des effectifs par RLS démontre que seulement 32 % des effectifs pratiquent dans le RLS de Québec-Nord, en comparaison à 57 % dans le RLS de Québec-Sud.

FIGURE 7

Pourcentage de médecins vs pourcentage de population par sous-territoires



Répartition des effectifs médicaux par établissements

CIUSSS de la Capitale-Nationale

Les tableaux suivants présentent la répartition des médecins (en équivalent temps complet) détenant des privilèges au CIUSSS de la Capitale-Nationale, selon les RLS et selon la mission des installations. Le total du nombre de médecins est supérieur au nombre de médecins détenant des privilèges au CIUSSS, car un médecin peut pratiquer dans plus d'une installation.

TABLEAU 2

Répartition des médecins de famille membres du CMDP du CIUSSS de la Capitale-Nationale dans le RLS de Portneuf

Installation	Nombre d'installations	Nombre de médecins de famille détenant des privilèges de pratique	Nombre d'ETC
Centre d'hébergement	5 (320 lits)	11	2
Centre local de services communautaires	5	10	4
Centre hospitalier	1	11	4
Urgence	2	17	15,5

TABLEAU 3Répartition des médecins de famille membres du CMDP du CIUSSS de la Capitale-Nationale dans le **RLS de Québec-Nord**

Installation	Nombre d'installations	Nombre de médecins de famille détenant des privilèges de pratique	Nombre d'ETC
Centre d'hébergement	6 (565 lits)	24	6,2
Centre local de services communautaires	5	34	20
Centre de réadaptation en dépendance (CRD)	1	6	4,2
Centre de réadaptation en déficience physique (CRDP)	1 (pas de lit, service externe)	0	0
Centre de réadaptation pour les jeunes en difficultés d'adaptation	1	0	0
Centre hospitalier	3	58	27
Installation non fusionnée	1	2	0,3
Urgence	2	26	17,3

TABLEAU 4Répartition des médecins de famille membres du CMDP du CIUSSS de la Capitale-Nationale dans le **RLS de Québec-Sud**

Installation	Nombre d'installations	Nombre de médecins de famille détenant des privilèges de pratique	Nombre d'ETC
Centre d'hébergement	8 (1237 lits)	39	7
Centre local de services communautaires	7	102	67,7
GMF-U	3	69	64,4
Centre de réadaptation en déficience physique (CRDP)	3 (135 lits)	10	3,2
Établissement regroupé	2	19	9,3
Centre hospitalier	1	1	0
Installation non fusionnée	7	26	16,8
Urgence	1	9	3,8

TABLEAU 5Répartition des médecins de famille membres du CMDP du CIUSSS de la Capitale-Nationale dans le **RLS de Charlevoix**

Installation	Nombre d'installations	Nombre de médecins de famille détenant des privilèges de pratique	Nombre d'ETC
Centre d'hébergement	4 (221 lits)	10	1,7
Centre local de services communautaires	5	8	1,7
Centre hospitalier	2	34	9,3
Urgence	2	30	13

TABLEAU 6

Nombre de médecins de famille en GMF par RLS

RLS	Nombre de médecins GMF	Nombre de médecins hors GMF	Nombre de médecins hors RAMQ
Portneuf	38	6	1
Charlevoix	27	2	0
Québec-Nord	146	27	8
Québec-Sud	323	68	19

CHU de Québec-Université Laval

Le tableau suivant présente la répartition des médecins (en équivalent temps complet) détenant des privilèges au CHU de Québec-Université Laval selon la mission des installations. Il est à noter que les cinq installations du CHU de Québec-Université Laval sont localisées dans le RLS de Québec-Sud.

TABLEAU 7

Répartition des médecins de famille membres du CMDP du CHU de Québec-Université Laval

DÉPARTEMENT	EFFECTIFS MÉDICAUX		
	Site	Nombre de médecins actifs	Nombre d'ETC
Département de médecine d'urgence	CHUL	18	17,07
	HSS	14	12,31
	L'HDQ	11	9,38
	HEJ	13	13,17
	HSFA	22	18,77
Département de médecine générale			
Service d'hospitalisation	HSFA	13	2
	HSS	24	4
	HEJ	3	1,5
Service de périnatalité	CHUL	24	
	HSFA	21	
Service de planification des naissances	CHUL	5	1,6
	HSFA	5	2
Services de soins palliatifs	CHUL	1	1
	HSFA	5	1
	L'HDQ	7	3,9
	HSS	6	1,2
	HEJ	9	4,5
Département de médecine préventive, SPU	CHU de Québec-U. Laval	12	5,75

IUCPQ-Université Laval

Le tableau suivant présente la répartition des médecins (en équivalent temps complet) détenant des privilèges à l'IUCPQ-Université Laval selon la mission des installations. Il est à noter que l'IUCPQ-Université Laval est localisée dans le RLS de Québec-Sud.

TABLEAU 8

Répartition des médecins de famille membres du CMDP de l'IUCPQ-Université Laval

Département	Activités	ETC en place
Médecins d'urgence	Urgence 24 h de 20 lits au permis.	12
Soins palliatifs	5 lits dédiés (6 lits réels) Consultation aux étages, à la clinique externe d'oncologie pulmonaire, à la clinique d'insuffisance cardiaque et à l'urgence.	1,5
Soins gériatriques : Hospitalisation	UCDG, 14 lits au permis.	1
Soins gériatriques : Consultation	Consultation à l'urgence, consultation en clinique externe de chirurgie cardiaque et consultation aux étages.	1

Gestion des effectifs médicaux

ACTIVITÉS MÉDICALES PARTICULIÈRES

Les activités médicales particulières (AMP) sont prévues dans la LSSSS et les modalités de leur application font l'objet d'une entente conclue entre la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ) et le ministre de la Santé. La gestion des AMP du territoire incombe au DRMG. Chaque mois, le comité de direction du DRMG évalue les besoins d'effectifs sur le territoire de la Capitale-Nationale et autorise des AMP dans les secteurs où des effectifs supplémentaires sont requis. La liste des AMP disponibles est mise à jour et publiée sur le site Internet du CIUSSS de la Capitale-Nationale :

<https://www.ciusss-capitalenationale.gouv.qc.ca/professionnels-sante/medecins/drmg/amp>.

ACTIVITÉS ACADÉMIQUES

La Capitale-Nationale est un territoire dynamique pour l'enseignement universitaire, en raison de la présence de la Faculté de médecine de l'Université Laval. Les médecins engagés dans la mission de l'enseignement

le font soit à titre de médecins collaborateurs en enseignement ou encore comme médecins occupant des postes universitaires.

Il y a six GMF-U dans la Capitale-Nationale. Les médecins qui y travaillent sont, pour la grande majorité, impliqués dans d'autres secteurs d'activités hors GMF-U, dont l'obstétrique et la périnatalité, l'urgence, l'hospitalisation, les unités de gériatrie, les CHSLD, les soins palliatifs, les soins à domicile, les cliniques jeunesse, les cliniques de stérilet et biopsie de l'endomètre, les cliniques de chirurgies mineures, les cliniques ou technique d'immobilisation et d'infiltration, sans oublier les médecins impliqués en recherche.

Au printemps 2020, environ 120 médecins de famille sont impliqués dans la mission d'enseignement des six GMF-U de la région : GMF-U Haute-Ville, GMF-U Laurier, GMF-U Quatre-Bourgeois, GMF-U de Maizerets, GMF-U Saint-François d'Assise et GMF-U Proactive Santé Neufchâtel.

TABLEAU 9

Nombre de médecins en GMF-U et nombre de résidents en médecine familiale dans la Capitale-Nationale pour l'année 2020-2021.

GMF-U	Médecins	Résidents (R1 et R2) total
de Maizerets	26	27
Quatre-Bourgeois	22	30
Laurier	18	25
Saint-François d'Assise	22	36
Haute-Ville	22	23
Proactive Santé Neufchâtel	9	3

À l'université, plusieurs médecins sont très impliqués au préclinique et à l'externat, mais surtout au département de médecine familiale et médecine d'urgence. Les médecins participent aux examens sanctionnels des étudiants en médecine, à la conception et à la mise à niveau de tout le matériel didactique de l'enseignement aux résidents de médecine familiale.

Il est très difficile d'évaluer précisément le temps total alloué à l'enseignement dans la Capitale-Nationale par les médecins de famille. En effet, un grand nombre de médecins hors GMF-U accueillent dans leurs milieux et enseignent aux étudiants en médecine. Le nombre d'heures est incalculable, car si un médecin supervise un externe ou un résident, par exemple à l'urgence, ces heures ne sont pas répertoriées ou identifiées systématiquement comme des heures d'enseignement.

Également, au sein des GMF-U, il est difficile de connaître avec certitude le profil type de chacun des médecins. Les profils types sont les suivants, et sont détaillés dans la publication Cadre de gestion des groupes de médecine de famille universitaires (GMF-U)¹⁴:

Profil A « médecin enseignant : majeure GMF-U »

Profil B « médecin enseignant : mineure GMF-U »

Profil C « médecin enseignant occasionnel »

Toutefois, la Faculté de Médecine de l'Université Laval détient le nombre d'heures d'activités universitaires qui ont été rémunérées par la faculté. Dans le cas de la région de la Capitale-Nationale, on dénombre un total de 66 812 heures d'activités universitaires rémunérées pour l'année 2018-2019.

Enfin, plusieurs enjeux sont soulevés par les équipes médicales enseignantes, dont le vieillissement des effectifs dédiés à l'enseignement. En effet, le départ à la retraite de plusieurs médecins enseignants est à prévoir dans les prochaines années et il sera nécessaire d'assurer une relève enseignante. De surcroît, la concentration des GMF-U et des centres hospitaliers dans un même RLS présente un défi supplémentaire. Avec la répartition des effectifs médicaux par sous-territoire et des règles en vigueur, il est difficile de recruter des médecins enseignants d'autres sous-territoires. Finalement, les GMF-U sont confrontés au fait que plusieurs médecins de leur équipe adoptent un Profil C « médecin enseignant occasionnel » c'est-à-dire qu'ils consacrent moins de 1/3 de leur temps, soit moins de 12 heures/semaine, en services directs aux patients inscrits en GMF-U, incluant la supervision clinique.

RÉSIDENTS EN MÉDECINE DE FAMILLE

Les résidents en médecine de famille de la Faculté de médecine de l'Université Laval accomplissent la majorité de leurs activités dans les six GMF-U du CIUSSS de la Capitale-Nationale, cinq situés dans le RLS de Québec-Sud et un dans le RLS de Québec-Nord, en plus de réaliser des activités hors GMF-U. Dans le CIUSSS de la Capitale-Nationale, les apprenants sont présents dans les secteurs suivants :

- CHSLD ;
- Psychiatrie et gériatrie (dans plusieurs installations du CIUSSS) ;
- Soins palliatifs (Hôpital Jeffery Hale) ;
- Soins ambulatoires (Hôpital Jeffery Hale) ;
- Urgence (Hôpital de Sainte-Anne-de-Beaupré).

À l'IUCPQ-Université Laval, des activités d'enseignement se font dans les secteurs suivants :

- Soins gériatriques ;
- Soins palliatifs.

14 MSSS. Cadre de gestion des groupes de médecine de famille universitaires (GMF-U). 17 novembre 2016. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001771/>

Au CHU de Québec-Université Laval, des activités d'enseignement se déroulent dans les secteurs suivants :

- Cardiologie ;
- Dermatologie ;
- Hospitalisation ;
- Pédiatrie ;
- Urgence ;
- Soins palliatifs ;

- Planification des naissances ;
- Périnatalité ;
- Clinique des maladies du sein.

À l'extérieur des trois établissements de la région, les résidents en médecine de famille se retrouvent aussi dans d'autres milieux comme les GMF et GMF-R, la Maison Généralice des Sœurs de la Charité de Québec, la Clinique SPOT, la Maison Michel-Sarazin et en médecine sportive, à l'Université Laval.

Enjeux reliés aux effectifs médicaux

À la suite de nombreuses consultations et de l'évaluation des besoins de la population, plusieurs enjeux et difficultés sont identifiés en lien avec les effectifs médicaux de la Capitale-Nationale. Les **départs à la retraite de médecins de famille** prévus au courant des trois prochaines années réduiront l'accès à un médecin de famille. En effet, plusieurs médecins dont la retraite est prévue dans les prochaines années ont des cohortes importantes de patients inscrits, ce qui viendra augmenter considérablement le nombre déjà très élevé de patients sans médecin de famille dans la région. Malgré l'arrivée de nouveaux médecins sur le territoire, il n'est pas possible pour un jeune médecin d'assurer les soins de cohortes aussi importantes que les médecins en fin de carrière, en plus de leurs AMP. Également, tel que mentionné plus haut, le secteur de l'enseignement dans les centres hospitaliers et dans les GMF-U sera affecté par le vieillissement des effectifs médicaux et assurer la relève nécessitera des solutions innovantes.

Le **vieillessement de la population** transforme également la pratique médicale et demande une grande disponibilité des médecins de famille. Par exemple, le requis de soins à domicile sur le territoire s'accélère plus rapidement que la capacité médicale à y répondre. Les suivis spécifiques et le requis de prise en charge des secteurs tels que les CHSLD, les soins palliatifs et les maladies chroniques mettent une pression supplémentaire sur les effectifs.

Les **modalités uniformes d'attribution des effectifs médicaux en médecine de famille** complexifient grandement la mobilité des effectifs sur le territoire, tant pour les installations à vocation régionale et suprarégionale que pour la prise en charge de la population dans

les services de proximité. Cette procédure contribue à mettre en compétition ces deux grandes missions de services offerts à la population de la Capitale-Nationale ainsi qu'à celle des régions de notre bassin de desserte qui doivent recevoir des services non disponibles dans leur bassin d'origine. Parmi ces services offerts à l'Est-du-Québec et au nord du Nouveau-Brunswick, soulignons entre autres :

- la réadaptation cardiaque à l'IUCPQ-Université Laval ;
- la réadaptation de la neurochirurgie et la traumatologie à l'IRDPO ;
- les soins offerts aux cas complexes et/ou les cas judiciairisés en santé mentale de l'IUSMQ ;
- la planification des naissances, la sénologie, les soins palliatifs, l'oncologie et la traumatologie du CHU de Québec-Université Laval.

Par ailleurs, la **règle de facturation minimale de 55% de la pratique du médecin dans le sous-territoire dans lequel un médecin a obtenu son avis de conformité** rend la gestion des effectifs difficiles pour les établissements tels que le CIUSSS de la Capitale-Nationale ou le CHU de Québec-Université Laval qui ont des installations à mission tertiaire dans plus d'un sous-territoire. Ainsi, un médecin œuvrant en soins palliatifs à l'Hôpital de l'Enfant-Jésus ne peut prêter main-forte pour palier la découverte de services de soins palliatifs du CHUL, en raison de la maladie imprévue du médecin y exerçant. Cette règle de sous-territoire entraîne une découverte de services, malgré la grande volonté et la collaboration de toutes les parties pour l'éviter.

ENJEUX SPÉCIFIQUES RELIÉS AUX EFFECTIFS MÉDICAUX PAR RLS

Lors des consultations pour l'élaboration du Plan régional d'organisation des services (PROS) médicaux généraux, des représentants de chacun des RLS ont approfondi les enjeux d'effectifs médicaux dans une perspective de mobilisation locale. Cette section présente les enjeux et les besoins identifiés par RLS.

RLS de Portneuf

Dans le secteur de Portneuf, une consolidation des effectifs médicaux est nécessaire afin de répondre aux besoins de différents secteurs notamment, les urgences, les CHSLD, la prise en charge en établissement tel qu'à l'unité de courte durée gériatrique (UCDG) et à l'unité de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI),) ainsi que pour le déploiement du projet clinique hospitalier et en assurer la pérennité. Ces besoins sont exacerbés par quatre départs attendus de médecin de famille, dont trois départs à la retraite et un congé maladie à long terme.

RLS de Charlevoix

Dans le secteur de Charlevoix, les besoins se situent dans les urgences et des unités d'hospitalisations (UCDG, URFI). De plus, l'Hôpital de La Malbaie est le seul centre accoucheur du RLS de Charlevoix et l'équipe médicale habilitée aux pratiques obstétricales est à consolider.

Une particularité qui émerge du secteur de Charlevoix est le recours au dépannage provincial afin d'assurer la couverture médicale, entre autres pour les urgences et les gardes en hospitalisation et en obstétrique. Le recours au mécanisme de dépannage démontre des besoins récurrents en effectifs médicaux pour ce secteur.

RLS de Québec-Nord

Le RLS de Québec-Nord présente une réalité aux facettes multiples en ce qui concerne les besoins de sa population, ce qui complique la capacité de répondre à ces besoins :

- Les vieux quartiers du RLS se caractérisent par une clientèle vulnérable surtout de personnes âgées.
- Les nouveaux quartiers ont une clientèle vulnérable constituée surtout du groupe d'âge des 0-5 ans.

- Le secteur de Beauport comprend la plus forte concentration de la clientèle en santé mentale. C'est une population vieillissante avec de multiples comorbidités.
- Québec-Nord est l'un des RLS dont l'accroissement de sa population est l'une des plus élevées au Québec¹⁵.

Certains secteurs du RLS démontrent des besoins prioritaires en ce qui a trait aux effectifs médicaux : les CHSLD, les urgences, le service de psychiatrie de l'IUSMQ ainsi que les GMF où les départs à la retraite vont entraîner une augmentation du nombre d'usagers orphelins.

Enfin, le Centre de réadaptation en dépendance de Québec (CRDQ), également un centre de référence médical en dépendances qui offre des services de consultations régionales, devra lui aussi consolider son équipe médicale. Des stratégies de recrutement ont été mises en place en 2019 afin de pallier les départs à la retraite progressifs observés depuis 2016 et pour répondre aux nouveaux services en dépendance qui sont en développement, notamment l'ouverture de l'unité de désintoxication modérée.

RLS de Québec-Sud

Le RLS de Québec-Sud quant à lui démontre des besoins en effectifs médicaux dans des secteurs divers : les urgences, l'hospitalisation, l'IRDPO, la périnatalité, la planification des naissances au CHU de Québec- Université Laval, la gériatrie et les soins palliatifs notamment à l'IUCPQ- Université Laval et à l'Hôpital Jeffery Hale.

Plusieurs départs à la retraite ainsi que l'âge avancé des médecins en place engendreront des défis, notamment pour la prise en charge de la clientèle vulnérable. De plus, peu de médecins de famille ont fait le choix de pratique en obstétrique afin d'assurer les suivis de grossesse, alors que la natalité est en augmentation. Les requis en soins palliatifs sont également en augmentation, notamment chez les patients orphelins.

Les secteurs Basse-Ville et Limoilou-Vanier ayant des clientèles très vulnérables, des difficultés d'accès aux services de premières lignes sont notées, notamment en raison du manque d'effectifs médicaux, mais également par la difficulté d'assurer une continuité des soins et des consultations.

15 Institut de la statistique du Québec. Bulletin statistique régional, édition 2017. Capitale-Nationale. 2017.
https://bdso.gouv.qc.ca/docs-ken/multimedia/PB01608FR_RA03_2017A00F00.pdf

CONSIDÉRATIONS POUR LE PLAN D'ACTION 2021-2024

Le DRMG mettra en place plusieurs stratégies pour répondre aux enjeux d'effectifs médicaux dans la région.

Tout d'abord, le perfectionnement d'un outil de suivi des effectifs médicaux en médecine de famille et leurs affectations (prise en charge, enseignement, etc.), ainsi que le suivi des AMP et la planification des départs à la retraite permettra une meilleure planification des effectifs. Le processus d'identification des besoins d'effectif sera revu afin d'obtenir un portrait plus précis des requis de main-d'œuvre dans chacun des secteurs et sous-territoires.

La démarche d'accueil des nouveaux médecins venant pratiquer sur le territoire sera renforcée, en partenariat avec chacun des établissements ou cliniques qui les accueilleront. Également, le DRMG contribuera à assurer une communication régulière entre le DRMG, les trois établissements du territoire et les médecins de famille membres du DRMG.

Puisque les effectifs médicaux sont rares, il est nécessaire d'encourager les groupes de médecins de famille à développer des mécanismes d'amélioration continue visant entre autres la pratique interdisciplinaire et en optimisant le soutien à la pratique professionnelle.

Finalement, le DRMG assurera sa participation aux discussions en lien avec la reconnaissance de la mission suprarégionale de l'IRDPO, l'IUSMQ, le CHU de Québec-Université Laval et de l'IUCPQ-Université Laval ainsi que le volet enseignement des GMF-U afin que le calcul des effectifs ne soit pas rattaché aux sous-territoires auxquels il appartient, mais bien dans un contexte d'une offre de service régionale et suprarégionale.

ACCÈS ET ORGANISATION DES SERVICES

L'accès à un médecin de famille demeure un sujet d'actualité, malgré toutes les initiatives réalisées au cours des dernières années pour assurer une meilleure prise en charge de patients. De manière plus spécifique, l'accès à des services de santé de première ligne pour les clients très vulnérables est jalonné d'obstacles. Également, il faut maintenir la fluidité entre les services de première ligne et la médecine spécialisée, qui est essentielle à une prestation de soins de qualité.

ENJEUX D'ACCÈS À UN MÉDECIN DE FAMILLE

L'accès à un médecin de famille et à une équipe interprofessionnelle de première ligne est un enjeu majeur pour de nombreuses régions du Québec, et la Capitale-Nationale ne fait pas exception, avec au-delà de 85 000 personnes inscrites sur le guichet d'accès à un médecin de famille (GAMF). Pourtant, plus de 594 033 résidents du territoire de la Capitale-Nationale sont inscrits auprès d'un médecin de famille sur une population admissible de 723 761 résidents. C'est donc une proportion de 82,1 % de la population du territoire de la Capitale-Nationale qui bénéficie d'une prise en charge par un médecin de famille.

L'augmentation constante de milliers de patients sur le GAMF chaque année doit faire l'objet d'une attention soutenue. C'est pourquoi des actions spécifiques pour optimiser le processus d'inscription des patients auprès d'un médecin de famille et l'amélioration de l'ensemble des processus de maintien de la base de données sont en cours. Également, il est prévu que des effectifs infirmiers soient ajoutés en 2021 afin d'augmenter la précision de la priorisation des patients et que les patients soient dirigés vers les bons professionnels au bon moment.

Les départs à la retraite de plusieurs médecins de famille prévus au courant des trois prochaines années auront un impact important sur les inscriptions au GAMF. Des réflexions sont en cours au sujet de diverses alternatives à l'attribution d'un médecin de famille, afin de répondre aux besoins de la population en attente. Certains patients pourraient bénéficier de l'expertise d'un autre professionnel de la santé qui pourrait répondre de manière temporaire ou permanente à leurs besoins. Donc, au-delà de l'inscription à un médecin de famille pour une prise en charge du patient, qui demeure sans

conteste une priorité, des efforts doivent être déployés vers une offre de services visant la pertinence des soins et l'accès rapide à un professionnel de la santé.

TABLEAU 10
Population enregistrée sur le guichet d'accès à un médecin de famille (GAMF) par RLS au 10 février 2021

RLS	Nombre de personnes sur le GAMF
Portneuf	4 983
Charlevoix	2 275
Québec-Nord	38 089
Québec-Sud	40 684
Total	86 031

TABLEAU 11Population inscrite à un médecin de famille en GMF ou hors GMF¹⁶ dans le RLS de Portneuf au 15 octobre 2020

RLS de Portneuf	Nombre	% de la population
Population inscrite à un md de famille en GMF	42 129	78,9
Population inscrite à un md de famille hors GMF	6 009	11,3

TABLEAU 12Population inscrite à un médecin de famille en GMF ou hors GMF¹⁷ dans le RLS de Charlevoix au 15 octobre 2020

RLS de Charlevoix	Nombre	% de la population
Population inscrite à un md de famille en GMF	26 454	94,7
Population inscrite à un md de famille hors GMF	412	1,5

TABLEAU 13Population inscrite à un médecin de famille en GMF ou hors GMF¹⁸ dans le RLS de Québec-Nord au 15 octobre 2020

RLS de Québec-Nord	Nombre	% de la population
Population inscrite à un md de famille en GMF	253 812	74,8
Population inscrite à un md de famille hors GMF	29 394	8,7

TABLEAU 14Population inscrite à un médecin de famille en GMF ou hors GMF¹⁹ dans le RLS de Québec-Sud au 15 octobre 2020

RLS de Québec-Sud	Nombre	% de la population
Population inscrite à un md de famille en GMF	207 612	68,6
Population inscrite à un md de famille hors GMF	28 211	9,3

16 Régie de l'assurance maladie du Québec, Rapports informationnels sur les inscriptions auprès des médecins de famille, Rapport 6 - Répartition des personnes inscrites auprès d'un médecin de famille selon leur territoire de RLS de résidence (par âge et sexe), CIUSSS de la Capitale-Nationale, 15 octobre 2020.

17 Idem

18 Idem

19 Idem

ENJEUX D'ACCÈS POUR LES CLIENTÈLES VULNÉRABLES

Certaines clientèles plus vulnérables représentent un défi de prise en charge de par leurs besoins spécifiques et/ou leur comorbidité. On note entre autres la clientèle gériatrique qui peut nécessiter une intensité de soins notable, notamment en ambulatoire et à domicile. D'autre part, la clientèle 0-2 ans requiert quant à elle une prise en charge de par les risques associés aux premières années de vie. La clientèle atteinte de troubles de santé mentale représente aussi un bon nombre d'usagers qui sont en attente d'une prise en charge par un médecin de famille (plus de 12 000 patients inscrits sur le GAMF) et qui comportent aussi des complexités associées aux problèmes physiques concomitants aux problèmes de santé mentale. Enfin la clientèle de la Clinique santé des réfugiés représente aussi des défis pour la prise en charge médicale, les barrières de langue et de culture pouvant parfois s'avérer importantes.

ENJEUX D'ACCESSIBILITÉ AUX SERVICES SPÉCIALISÉS

La fluidité des services entre la médecine de famille et la médecine spécialisée demeure un défi, compte tenu de la demande croissante pour les services spécialisés. L'ensemble des demandes de consultation en médecine spécialisée provenant des médecins de famille transigent par le centre de répartition des demandes de service (CRDS), qui assure le respect de la priorisation des cas et la prise de rendez-vous avec le médecin spécialiste. Actuellement, malgré les efforts déployés en médecine spécialisée pour augmenter l'accès, le nombre de demandes de consultation reste largement plus élevé que le nombre de rendez-vous disponibles. Au cours des trois prochaines années, l'implantation du conseil numérique, ainsi que des travaux sur l'optimisation de la pertinence des demandes de consultation viendront diminuer la pression sur les demandes de consultations.

CONSIDÉRATIONS POUR LE PLAN D'ACTION 2021-2024

À la lumière des enjeux et défis auxquels les médecins de famille devront faire face, le DRMG a identifié plusieurs objectifs afin de soutenir les effectifs médicaux dans une prestation de soins de qualité et sécuritaire.

- Optimiser les pratiques interdisciplinaires pour le suivi des maladies chroniques.
- Réviser l'organisation des services en CHSLD, notamment par l'accès à d'autres professionnels de la santé (projet PEPS - Projet d'évaluation de la personnalisation des soins (infirmiers, médicaux, et pharmaceutiques) en soins de longue durée (SLD), infirmière praticienne spécialisée (IPS).
- Favoriser l'accès populationnel à des services médicaux de première ligne, particulièrement pour la population vulnérable : jeunes enfants, santé mentale et personnes âgées.
- Accroître la contribution des médecins de famille dans les services à domicile en augmentant leur intérêt pour les soins à domicile (SAD) et les soins intensifs à domicile (SIAD) et en offrant une formation SAD aux résidents et aux nouveaux facturants en médecine de famille.
- Participer au déploiement des équipes de soins palliatifs et intensifs à domicile (LE 336), notamment pour les soins gériatriques.
- Consolider l'offre de service médicale et paramédicale dans les RPA.
- Implanter le nouveau programme GMF accès.
- Développer des corridors fluides de liaison entre la première et la deuxième ligne (ex. santé mentale, insuffisance cardiaque, etc.).
- Implémenter le projet conseil numérique, avec les spécialités identifiées comme prioritaires par les médecins de famille du territoire.
- Revoir le fonctionnement du GAMF pour faciliter l'identification des patients vulnérables, faciliter la prise en charge de ces patients par les médecins de famille et augmenter l'accès aux services pour les patients orphelins.
- Soutenir et accompagner la pratique en contexte multiculturel des médecins de famille recevant la clientèle de la Clinique santé des réfugiés afin que celle-ci soit bien évaluée et prise en charge (complexité des cas, approche interculturelle, interprètes, etc.).
- Développer une plateforme commune d'information au sujet des ressources disponibles dans chaque sous-territoire de la Capitale-Nationale, mis à jour régulièrement.

CONSIDÉRATIONS POUR LE PLAN D'ACTION 2021-2024 PAR RLS

En plus des objectifs généraux relatifs à l'ensemble du territoire de la Capitale-Nationale identifiés tout au long de ce document, l'analyse de la situation a permis de cibler non seulement les enjeux spécifiques à chacun des RLS, mais également des pistes de solutions pour améliorer l'accès aux soins et permettre une meilleure organisation des services, tout en tenant compte des effectifs médicaux disponibles.

RLS DE PORTNEUF

Les équipes du RLS de Portneuf viseront à développer une lecture commune et plus précise des besoins populationnels afin d'y répondre dans une perspective de services de proximité. Cette vision sera entre autres véhiculée par le développement de modèles d'interdisciplinarité avec les IPS et les pharmaciens et ainsi qu'avec d'autres professionnels de la santé (travailleurs sociaux, psychologues, physiothérapeutes, ergothérapeutes). Un exercice de réflexion aura lieu afin d'anticiper les besoins reliés aux départs à la retraite de plusieurs médecins de famille. Finalement, les équipes exploreront divers scénarios afin de bonifier l'offre de service locale accessible à la population orpheline.

RLS DE CHARLEVOIX

Dans le RLS de Charlevoix, la consolidation des équipes médicales sera nécessaire afin d'améliorer l'offre des soins offerts aux hôpitaux de Baie St-Paul et de La Malbaie, dont l'urgence et l'obstétrique. Cette consolidation aura pour effet de diminuer le recours au mécanisme de dépannage provincial. Une réorganisation des effectifs hospitaliers s'imposera en raison de l'augmentation des besoins en hospitalisations à l'hôpital de Baie-Saint-Paul (l'unité d'hospitalisation de courtes durée (UHCD), UCDG et URFI). L'optimisation du service d'obstétrique est nécessaire afin d'assurer la dispensation des soins sécuritaires à la population de Charlevoix. Finalement, des travaux seront amorcés pour mieux anticiper les besoins reliés aux départs des médecins à la retraite, qui assurent les soins à de cohortes importantes de patients.

RLS DE QUÉBEC-NORD

Dans le RLS de Québec-Nord, la consolidation des équipes médicales est requise pour assurer une couverture adéquate de tous les milieux. Des stratégies de recrutement pour les installations à mission spécifique (ex. : santé mentale) seront développées pour promouvoir et valoriser la pratique auprès des clientèles vulnérables. Dans cette foulée, les équipes viseront un meilleur accès à des services en santé mentale par de la prise en charge en première ligne par des IPS en santé mentale en consultation sans rendez-vous. Compte tenu de la disparité de la clientèle du RLS il faudra ajuster l'offre de services dans les secteurs où la concentration de ces clientèles est plus marquée. Finalement, le RLS compte plusieurs petites cliniques qui rencontrent des défis importants de recrutement et de viabilité. Des stratégies devront être explorées pour favoriser l'association de ces petites cliniques avec des GMF déjà établis.

RLS DE QUÉBEC-SUD

Les objectifs poursuivis par les équipes du RLS de Québec-Sud incluent, entre autres, une planification rigoureuse des retraites et une meilleure orientation des nouveaux médecins au sein du RLS, en fonction des besoins soulevés. Par exemple, pour soutenir la consolidation des services d'obstétrique, une attention particulière sera portée aux médecins candidats au PREM ayant fait ce choix de pratique lors du recrutement de médecins en mobilité interrégionale ou de nouveaux facturants. Une table de concertation locale sera également mise en place afin de discuter des problématiques d'accès aux plateaux techniques et trouver des solutions viables et facilitantes pour la population. Enfin, l'amélioration du suivi et de la coordination des soins des usagers en soins palliatifs nécessitant entre autres des soins à domicile est souhaitée. Pour y parvenir, l'un des scénarios proposés prévoit la création de petites équipes médicales (3-4 médecins par équipe) qui effectue les suivis de groupes de patients et les gardes associées pour répartir la charge de travail et assurer la continuité des soins aux patients.

CONCLUSION

Ce PROS précise en premier lieu la situation démographique de la Capitale-Nationale en plus de l'état de santé général de sa population. D'autre part, le document expose le portrait actuel des trois établissements publics que compte la région et des effectifs en médecine de famille. Ces informations factuelles, combinées aux consultations des acteurs clés du domaine de la première ligne médicale et de la médecine de famille de la Capitale-Nationale, dont les membres du comité de direction du DRMG, permettent de dégager les enjeux et les objectifs prioritaires et de les souligner sous cinq grands volets :

- La démographie et l'état de santé de la population ;
- La pandémie et le contexte d'urgence sanitaire ;
- La gouvernance de la première ligne ;
- Les effectifs médicaux ;
- L'accès et l'organisation aux services médicaux.

Ainsi, le PROS 2021-2024 présente les assises d'un plan d'action ambitieux et nécessaire, visant à soutenir une évaluation continue des besoins en effectifs médicaux, essentiels au maintien de l'offre de service à la population de la Capitale-Nationale. Les défis et la pression sur les effectifs médicaux sont certes grands, mais les objectifs de ce plan d'action permettent déjà d'entrevoir et d'organiser des solutions novatrices. Ces solutions passent notamment par le leadership médical, l'optimisation des trajectoires et la collaboration interprofessionnelle, et ce, afin de répondre à des besoins populationnels croissants pour les patients déjà inscrits à un médecin de famille, pour les patients qui fréquentent les établissements et pour ceux inscrits sur le guichet d'accès à la clientèle sans médecin de famille.



Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de la Capitale-Nationale

Québec 