

## PROCÈS-VERBAL

---

RÉUNION PRÉPARATOIRE DU COMITÉ ACCESSIBILITÉ

Le lundi 29 juin 2015, 8 h 30 à 10h 30

---

### SONT PRÉSENT -E-S

D<sup>re</sup> Josiane D'Amico, responsable du comité (Sacré-Cœur)  
D<sup>r</sup> Jean Pelletier, Dir. du département  
D<sup>re</sup> Anne Bruneau (Notre-Dame)  
D<sup>r</sup> Daniel Murphy (Verdun)  
D<sup>re</sup> Isabel Rodrigues (Marigot)

### EXCUSÉ-E-S

Mme Élisabeth Larouche, Chargée de projet

### **PRÉAMBULE**

Cette réunion est en fait une réunion préparatoire de mise sur pied du Comité sur l'accessibilité ou pré-réunion. Elle est donc menée à effectifs restreints.

Mise en contexte par D<sup>r</sup> Pelletier:

Contexte de l'après projet de loi 20. L'accessibilité se doit d'être optimisée dans nos UMF. Nous avons également l'opportunité de positionner le monde universitaire, avec nos enjeux particuliers : clientèles étudiantes, enjeux post loi 10. Nous avons l'opportunité de redorer notre crédibilité face au grand public en présentant des projets gagnants. C'est également une opportunité de formuler des demandes claires au gouvernement. Les 4 départements travailleront sur l'accessibilité, mais on ne sait comment le travail s'articulera dans les autres départements. Nous avons l'opportunité de prendre un leadership dans la démarche.

Tous ne peuvent tout faire en même temps. L'enjeu : trouver une bonne façon de diffuser les meilleures pratiques.

### **1-ON S'ENTEND POUR DES OBJECTIFS DU COMITÉ SMART;**

S- simples  
M- mesurables  
A- accessibles/ambitieux  
R-réalistes  
T- Temporels

### **2-DÉFINITION DU MANDAT**

Les membres du comité discutent. La définition n'est pas totalement claire à la fin de cette réunion, mais voici ce qui se dégage :

- Contribuer à améliorer l'accessibilité dans nos UMF.
- Soutenir les UMF dans l'amélioration de leur accessibilité. Comment? D'abord et avant tout par le partage d'informations utiles; par la possibilité de donner une tribune à chaque UMF pour partager ses bons coups, ses moins bons coups, ses questionnements. Autres moyens? À réfléchir.

On sait qu'on devra évaluer les impacts des travaux de ce comité par une collecte de données initiales auprès des UMF et une collecte post travaux du comité, ou en cours de travaux : l'accessibilité sera-t-elle améliorée? Sur la base de quels indicateurs?

Pour pouvoir faire cette collecte de données adéquatement, on s'entend pour dire qu'on devrait en discuter avec le chercheur qui se joindra au comité. D' Pelletier fera des contacts avec quelques chercheurs dans le but de trouver celui ou celle qui joindra le comité. De là, D<sup>re</sup> D'Amico entrera en contact avec ce chercheur pour dégager des indicateurs à sonder auprès des UMF, le tout, pour produire rapidement un sondage auprès des UMF à administrer avant la prochaine table des chefs, le 25 septembre, si possible.

### 3-DÉFINIR L'ACCESSIBILITÉ

Définition du dictionnaire : Droit-possibilité à quelqu'un d'avoir accès à quelque chose

Nous avons également pris connaissance des définitions proposées dans le power point de la dernière table des chefs.

*«Pouvoir répondre au besoin de service de santé d'un individu faisant partie d'une collectivité, par le bon professionnel, au bon endroit, au bon moment, donc dans le meilleur délai».*

Enjeux :

1-Quelle est la définition du ministère? Est-ce que chaque québécois doit avoir un médecin de famille? Et y accéder lorsqu'il en a besoin? On devra s'informer sur ce point. D<sup>re</sup> Rodrigues propose de faire circuler un article de J-F Lévesque, qui constitue une revue de littérature sur le sujet.

2- La notion d'accessibilité? à une équipe de soins/une clinique devrait être promue, plutôt que l'accès à un médecin traitant.

Volets de l'accessibilité à traiter :

1- Accessibilité à la prise de rendez-vous : temps d'accès téléphonique, accès à la prise de rendez-vous par internet. Processus cléricaux : exemple : si un patient manifeste le besoin d'être vu rapidement, le message arrive-t-il rapidement au médecin ou à l'intervenant? Pas toujours, semble-t-il. Efficacité à diriger rapidement au bon professionnel, au bon moment.

2- Une fois sur les lieux : temps d'attente en ligne pour s'inscrire; temps d'attente pour être vu par l'intervenant

3- Enjeux particuliers aux UMF : soins prodigués par les médecins résidents : le case-load idéal des résidents? Actuellement, celui-ci se situe entre 75 et 150 patients par résident, d'après les chefs d'UMF présents. Devrait-on se pencher sur le nombre de cliniques de suivi de patients qu'un résident devrait offrir par période (nombre de patients par clinique/ durée des consultations), à balancer avec ses autres activités intégrées ainsi que ses activités académiques. On devra consulter la direction de programme et le comité de programme vs le comité pédagogique à ce sujet.

4- Développement de l'accès adapté : Partage de l'expérience D<sup>re</sup> Bruneau et D<sup>r</sup> Murphy sur le sujet. D<sup>re</sup> Bruneau a déjà présenté aux journées du département. D<sup>r</sup> Murphy doit présenter à la prochaine table des chefs. D<sup>re</sup> Rodrigues relate des démarches en cours du côté de son UMF et Cité de la santé. Tous mentionnent qu'un chargé de projet s'avère indispensable pour la réussite de ce développement et les sources de chargés de projets varient : pour CSSS Jeanne-Mance : via le ministère et le CSSS; pour Verdun : chargé de projet expert Lean, via le CIUSSS; pour Cité de la santé : via le DRMG de Laval. Message important à véhiculer aux chefs d'UMF : faire entendre ce besoin de chargé de projet : cogner aux portes des CISSS OU des CIUSSS, d'abord et avant tout.

Pertinence d'organiser une journée de formation en accès adapté pour notre département? On ne voit pas la pertinence puisque bon nombre de formations sont disponibles et ce sont surtout les démarches individuelles de chaque UMF qui compteront.

5- Interdisciplinarité : Qui dit développement de l'accès adapté dit développement et optimisation de l'interdisciplinarité. D<sup>r</sup> Murphy insiste sur l'importance pour les médecins de chaque UMF de définir leurs besoins et de recenser les tâches que d'autres intervenants pourraient accomplir. Il partagera des documents portant sur le sujet, réalisés dans le cadre de leur projet LEAN. Par ailleurs : recensement de ce qui se fait et consultation du comité sur les pratiques collaboratives du DMFMU?

6- Le questionnement sur la pertinence de chaque visite. Régler en 4 visites ce qui fut fait en 10 visites?

7- Optimiser le remplissage des cliniques ainsi que la présence aux rendez-vous : confirmer ou non les rendez-vous? Moyens de confirmation? Téléphone? Courriel? Texto? Réfléchir à des moyens de diminuer le taux de non présence.

#### **4-DES INDICATEURS À REGARDER**

Spontanément, on nomme ceux-ci, mais on se dit qu'on devrait valider avec notre chercheur et, si c'était possible, en discuter avec le ministère, si collaboration il y a. À cet effet, D<sup>re</sup> Bruneau propose de contacter le chargé de projet avec lequel elle a travaillé, M. Forgues.

1- Nombre de patients inscrits;

2- Nombre de visites annuelles : et détailler : RV, SRV, résidents, autres professionnels, médecins; si collaboration il y avait avec le ministère, faire reconnaître les interventions téléphoniques;

3- Taux d'assiduité;

4- Heures d'ouverture; heures avec RV, heures de SRV;

5- Temps d'attente téléphonique;

6- Performance financière : Nombre d'heures chiffrées en argent par nos professionnels n'incluant pas les médecins sur le nombre de visites : donne le coût de la visite;

7- Même démarche pour les médecins; calcul des ETP médecins : très difficile à calculer par les chefs d'UMF : Le ministère semble avoir de meilleures données sur le sujet;

#### **5-COMPOSITION DU COMITÉ**

##### **DÉPARTEMENT DMFMU**

D<sup>r</sup> Jean Pelletier, directeur du département

D<sup>re</sup> Josiane D'Amico, médecin responsable du comité

M<sup>me</sup> Élisabeth Larouche, coordonnatrice du réseau clinique

### REPRÉSENTANTS D'UMF

D<sup>re</sup> Anne Bruneau, chef d'UMF, Notre-Dame  
D<sup>r</sup> Daniel Murphy, chef d'UMF, Verdun  
D<sup>re</sup> Isabel Rodrigues, chef d'UMF et DLP, de l'UMF Marigot

### PATIENTS PARTENAIRES

Deux patients partenaire : M. Néron, proposé par M. Vincent Dumez. Présence sine qua non aux réunions. On voit donc pertinence pour deux patients partenaires. Dr Murphy regardera dans sa banque de patients partenaires et approchera l'un d'eux.

### RÉSIDENTS

2 résidents : demande faite à la table des résidents coordonnateurs. Réponse à venir.

### CHERCHEUR

1 chercheur : À recruter par D<sup>r</sup> Pelletier

Suggérer : une personne désignée par le ministère? En continu ou ad hoc?

Partenaires, à consulter ad hoc :

Direction de programme, comité sur les pratiques collaboratives, table des résidents coordonnateurs, FMOQ, Ministère, personnes ayant servi comme chargés de projet ? Autres départements de médecine de famille?

## **6-ÉBAUCHE DE PLAN DE TRAVAIL**

- Trouver le chercheur qui s'impliquera dans le comité (Dr Pelletier)
- Mettre sur pied la collecte de données adéquate, formée d'indicateurs pertinents, pour le suivi du comité.
- Consulter notre chercheur (D<sup>re</sup> D'Amico).
- Si possible, faire la collecte de données auprès des UMF avant la prochaine table des chefs.
- Partage de documents entre les membres du comité : Projet Lean, interdisciplinarité, articles de J-F Levesque, projet de recherche sur l'accès adapté, article sur l'accès adapté par une équipe ontarienne (D<sup>rs</sup> Rodrigues et Murphy), par invitation Drop-box.
- Contacter le chargé de projet du ministère ayant travaillé avec l'UMF CSSS Jeanne-Mance (D<sup>re</sup> Bruneau) Contacts avec ministère, à la meilleure personne, à faire par la suite (D<sup>re</sup> Bruneau discutera de ce sujet avec chargé de projet)
- Sonder Les chefs d'UMF sur leurs défis et leurs attentes face à notre comité, avant la table des chefs ou à la prochaine table des chefs.
- Présentation de D<sup>r</sup> Murphy : approche LEAN, accès adapté, à la prochaine table des chefs.
- Créer une plate-forme de partage de documents aux chefs d'UMF. À mettre en place, via le site web du DMFMU (M<sup>me</sup> Larouche).

On se prévoit une deuxième rencontre préparatoire avant le début officiel du comité le 10 août pour mieux définir le mandat et faire les suivis.

## **6-COMMUNICATION**

Communications entre les membres : partage de dossiers dropbox. Éventuellement, se créer une dropbox?

Plate-forme de partage de documents via le site du DMFMU. Bilans réguliers à la table des chefs. Assemblée annuelle?

## **7-CALENDRIER DE TRAVAIL**

On opte pour une réunion aux deux mois, mais fréquence modulable selon les sujets chauds à discuter. Pourraient être plus fréquentes. Le lundi est une bonne journée. Date proposée pour première réunion officielle : 21 septembre 2015. Calendrier complet à venir.

Quorum pour tenue de réunions : 5 personnes, incluant le patient sine qua non, ainsi que la responsable du comité ou le directeur de département.

---

Josiane D'Amico, M.D.  
Responsable du Comité accessibilité

Le 29 juin 2015

JD/jd