

Outils pour les DSP

Prévention et gestion des ruptures de services

Note : L'objectif de cet outil est de regrouper les informations pertinentes en lien avec la thématique abordée. Il se veut un outil de réflexion afin de guider l'action. Son application sera modulée en fonction de la situation et du contexte particulier de chaque établissement.

Date de rédaction : 2014-11-21	Date de révision :
Thème de la fiche : Prévention et gestion des ruptures de services	
Fonction : Organisation des services et gestion des secteurs cliniques <ul style="list-style-type: none"> ▪ Affaires médicales et cliniques <ul style="list-style-type: none"> ▫ Organisation des services médicaux 	
Contexte : Description de ce que ça comprend	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Deux types de rupture de services : <ul style="list-style-type: none"> ▫ Prévisible (par exemple, retraite d'un médecin) : actions de prévention des ruptures; ▫ Imprévisible (par exemple, maladie soudaine d'un médecin) : actions de gestion des ruptures. ▪ Stratégies à mettre en place : <ul style="list-style-type: none"> ▫ Tenir compte également de la spécialité médicale et des services à donner (par exemple, il est plus facile d'assurer la lecture de films en imagerie à distance par un radiologiste d'un autre établissement que de remplacer un médecin à la salle d'urgence dans un court délai). ▪ Rôle de l'établissement lors de la cessation d'exercice d'un médecin en cabinet. 	
Cadre légal et réglementaire (lois et règlements à considérer, leur interprétation ou les références associées)	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Responsabilités et obligations de l'établissement (obligation de moyens : devoir de prudence et de diligence) : <ul style="list-style-type: none"> ▫ Loi sur les services de santé et les services sociaux, RLRQ, c. S-4.2. : Usager et ses droits (art. 4), droit aux services (art. 5), droit de choisir (art. 6), soins requis par l'état de santé (art. 7), ressources dont dispose l'établissement (art. 13), services offerts par l'établissement (art. 100), paramètres des services offerts par l'établissement (art. 105), entente de services (art. 108), rôle du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) (art. 214 et 216), rôle du chef de département (art. 189). ▪ Obligations du médecin : <ul style="list-style-type: none"> ▫ Code de déontologie des médecins : prise en charge et suivi (art. 32 à 41 inclusivement). 	
Acteurs impliqués (partenaires internes et externes)	Rôle et responsabilités
DSP Autres partenaires <ul style="list-style-type: none"> ▪ Conseil d'administration ▪ CMDP 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ S'assure que le chef de département élabore la liste de garde et veille à son application. ▪ Identifie les risques potentiels de rupture de services en fonction des effectifs médicaux. Autres partenaires <ul style="list-style-type: none"> ▪ Approuve les règlements du CMDP (modalités de garde). ▪ Élabore des modalités d'un système de garde assurant en permanence la disponibilité de médecins, de dentistes et, le cas échéant, de pharmaciens et de biochimistes cliniques, pour les besoins du centre (le CMDP fait l'objet d'inspection de ses fonctions et responsabilités par le Collège des médecins du Québec (CMQ)).

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Chef de département ▪ Membres du CMDP 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Adopte des règlements concernant sa régie interne, la création de comités et leur fonctionnement ainsi que la poursuite de ses fins. ▪ S'assure de la distribution appropriée des soins médicaux et dentaires et des services pharmaceutiques dans son département. ▪ Élabore la liste de garde, conformément aux règlements du CMDP, et veille à son application. ▪ Contribue activement à l'évaluation des impacts et à la recherche de solutions. ▪ Respecte les obligations liées au statut et aux privilèges et aux obligations déontologiques.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Agence de santé et de services sociaux (à moduler en fonction de l'adoption du projet de loi no 10, il faudra prévoir des mécanismes de continuité interrégionaux entre les futurs CISSS) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Soutient les mesures afin d'éviter la rupture de services (arrimage avec les DSP, le département régional de médecine générale (DRMG) et ses représentants locaux, ainsi qu'avec la table régionale des chefs de département de médecine spécialisée).
<p>Référence</p>	<p>Modèles (partage entre les établissements)</p>
<p>Sites à consulter :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Site de la RAMQ pour les lettres d'entente : <ul style="list-style-type: none"> ▫ Lettres d'entente pour les omnipraticiens : <ul style="list-style-type: none"> • Lettres d'entente 132 et 194; ▫ Lettre d'entente pour les spécialistes <ul style="list-style-type: none"> • Lettres d'entente 102, 112 et 128. ▪ Site de l'ACMDPQ (colloque 2008 avec présentations diverses, accès à ces documents pour les membres de l'ACMDPQ). 	<p>Documents à consulter :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Procédure du CSSS de Rouyn-Noranda (voir annexe 1). ▪ Logigramme développé à l'AQESSS lors de la cessation d'exercice d'un médecin (voir annexe 2).
<p>Processus à privilégier</p>	
<p>Mécanismes particuliers afin de prévenir une rupture de services :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Portrait des effectifs médicaux du territoire en arrimage avec le représentant local du DRMG : <ul style="list-style-type: none"> ▫ Identification des médecins en fin de carrière et des secteurs cliniques à risque potentiel (consultation du logigramme produit par l'AQESSS à ce sujet). ▪ Portrait des médecins de l'établissement à constituer et à maintenir à jour. ▪ Mise à contribution des équipes médicales concernées afin d'anticiper les impacts et d'identifier des solutions en prévention des ruptures. Contribution particulière du chef de département pour trouver des solutions avec ses collègues. ▪ Élaboration d'un plan de contingence qui prévoit les actions à mettre en place lors d'une rupture de services. <p>Mécanismes particuliers à mettre en place afin de gérer une rupture de services :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Mise en place du Plan de contingence. ▪ Mise à contribution des équipes médicales concernées afin d'anticiper les impacts, d'identifier des solutions et de discuter de la réorganisation des services à privilégier dans le contexte : <ul style="list-style-type: none"> ▫ Contribution particulière du chef de département pour trouver des solutions avec ses collègues; ▫ Insertion dans les règlements de département d'une cascade d'appels à laquelle recourir lors d'une rupture de services. 	

- Amorcer les démarches de remplacement, convenir des personnes avec qui on aborde la démarche :
 - Si omnipraticien :
 - En établissement : garde hospitalière à revoir,
 - En cabinet : lien avec le guichet d'accès pour la clientèle orpheline (GACO) pour la réorientation de la clientèle, importance de mettre à contribution le coordonnateur médical du GACO, désinscription des patients et arrimage avec le GACO, arrimage avec le CMQ, la FMOQ et l'agence de santé et de services sociaux lors d'une cessation d'exercice. Réorientation de la clientèle orpheline vers les cliniques sans rendez-vous à court terme, ou même vers l'urgence en dernier recours,
 - Rôles des médecins eux-mêmes dans le processus : Loi médicale et code de déontologie à prendre en compte, convenir de la manière de gérer le départ,
 - Lettres d'entente 132, 194 lors du recours à des médecins dépanneurs (modalités de fonctionnement et la rémunération appropriée);
 - Si spécialiste :
 - Lien avec l'Association concernée,
 - Lettres d'entente 102, 112 et 128 lors du recours à des médecins dépanneurs (pour les modalités de fonctionnement et la rémunération appropriée).
- Arrimage avec le CMDP afin de s'assurer du maintien de la qualité de l'acte dans le contexte.
- Réorientation de la clientèle afin d'éviter la fermeture temporaire de services : obligation de rediriger la clientèle vers un autre établissement afin de lui assurer le service requis, ceci est également le cas pour les établissements offrant des services tertiaires.
- Lien avec les autres établissements : entente de services avec d'autres établissements le cas échéant pour la référence des patients ou encore avec d'autres médecins.
- Plan de communication au sein de l'établissement : Avis aux médecins de notre établissement des démarches et des décisions pour le maintien des services, pour la référence des patients vers un autre établissement, etc. Information auprès de la clientèle et de la population également.
- Liens avec l'agence et le directeur régional des affaires médicales (DRAM) au besoin (aviser l'agence d'une rupture de services potentielle ou réelle, notamment pour l'arrimage avec les services préhospitaliers d'urgence lors de la réorientation des patients). À revoir dans le contexte de l'adoption du projet de loi no 10.
- Liens avec le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) (comité paritaire pour la banque de médecins dépanneurs).
- Octroi de privilèges temporaires au besoin.

Liens avec les gestionnaires des services concernés :

- Le gestionnaire peut contribuer à identifier la clientèle qui sera affectée ou à cibler les impacts, ainsi qu'à proposer des mesures alternatives en matière d'organisation de services.
- Par exemple en imagerie médicale, le gestionnaire peut faire des liens avec les autres établissements pertinents, avec le technocentre et les services informatiques pour la lecture à distance des films par un radiologiste de l'externe (lui donner accès à nos examens), pour assurer la garde en tomodensitométrie, pour planifier le transfert des examens d'échographie en l'absence de radiologistes ou encore pour le remplacement par d'autres examens pertinents et pour gérer les activités qui découlent de ces changements.

Trucs du métier (conseils du pro) :	Mises en garde et défis (pièges à éviter) : enjeux
Aide-mémoire : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Règlements du CMDP bien définis et mis à jour. ▪ Implication du chef de département. ▪ Plan de main-d'œuvre médicale et lien avec le plan d'effectifs médicaux (PEM). 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gestion des enjeux médiatiques : il est important d'avoir une stratégie de communication efficace pour informer la population du territoire et ainsi éviter des crises médiatiques. Il est parfois plus difficile de gérer les retombées négatives d'une

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Entente de services avec d'autres établissements à convenir de manière préventive, corridors de services avec des établissements offrant des services de troisième ligne et parfois de deuxième ligne. ▪ Documentation des démarches réalisées (noter les actions prises, les délais, les dates, etc.) afin d'assurer le suivi du dossier et de garder l'historique de la situation (par exemple, si les personnes en place quittent l'établissement ou encore si des démarches légales sont entreprises ultérieurement par l'utilisateur). ▪ Portrait des effectifs médicaux : <ul style="list-style-type: none"> ▫ Pour les médecins du territoire : à faire en collaboration avec les cabinets de médecins du territoire (lien avec le représentant local du DRMG ou la Table locale du DRMG si elle existe); ▫ Pour les médecins en établissement : il est important de connaître les effectifs en place au sein de l'établissement. Pour ce faire, il serait pertinent de constituer un portrait (par exemple, lors de l'octroi et du renouvellement des privilèges) et de le mettre à jour annuellement, en collaboration avec les chefs de département. Cette démarche peut sembler fastidieuse et exiger du temps, mais les informations ainsi recueillies seront très utiles en situation de rupture potentielle de services. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ mauvaise gestion des médias. ▪ L'élaboration du portrait des effectifs médicaux exige du temps et pose plusieurs défis. Il est toutefois utile et pertinent de le faire et de le maintenir à jour afin de faire face plus rapidement à la situation lors d'une rupture de services potentielle ou réelle.
---	--

Rédigé par : Lucie Raymond, conseillère en organisation des services, AQESSS. Contribution de Sonia Amziane, avocate, AQESSS, pour le volet légal et réglementaire

Validé par : Membres du Comité de travail – Outils DSP

Bibliographie

1. Loi sur les services de santé et les services sociaux, RLRQ, c. S-4.2. : http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/S_4_2/S4_2.html (consulté le 2 octobre 2014).
2. CSSS de Rouyn-Noranda. *Petit guide des ruptures de services*. 2009. 4 p.
3. Code de déontologie des médecins, RLRQ, c. M-9, r.17. : http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=3&file=/M_9/M9R17.HTM (consulté le 21 novembre 2014)
4. AQESSS. *Logigramme lors de la cessation d'exercice d'un médecin*. 2013.