

MÉMOIRE

Réforme de la santé et des services sociaux

**Projet de loi 15 – Visant à rendre le système
de santé et de services sociaux plus efficace**

MÉMOIRE

TABLE DES MATIÈRES

Le comité « Mes soins restent ICI » ... qui sommes-nous?	3
Mise en contexte	3
Pour une gouvernance locale de proximité et recommandations	4
Une gestion de proximité et locale et recommandations	6
Conclusion	8
Annexe 1 - Les six orientations ministérielles et le principe directeur dans le cadre de la réforme de la santé et services sociaux	9
Annexe 2 - Les effets pervers d'une ultracentralisation : l'exemple du Kamouraska	11
Annexe 3 - Une gestion locale de l'offre de services en soins de santé et de services sociaux et une imputabilité auprès de la population	13
Annexe 4 - Nombre de visites par spécialité médicale /cliniques externes Kamouraska 6302	16
4a - Soins spécialisés au Kamouraska	17
Annexe 5 - Portrait des personnes âgées au Bas-Saint-Laurent	18
Annexe 6 - Description du rôle de la fonction cadre supérieur-territoire du Kamouraska	19
Annexe 7 - Composition du comité vigie pour le territoire du Kamouraska	20
Annexe 8 - Les caractéristiques du territoire du Kamouraska	21
Annexe 9 - Les caractéristiques de la région administrative du Bas-Saint-Laurent	22
Annexe 10 - Estimation des coûts pour un usager se déplaçant à l'hôpital de Rivière-du-Loup	23
Annexe 11 - Résolution 268-CM2022- Municipalité Régionale de Comté de Kamouraska	24
Annexe 12 - Historique des actions réalisées par le comité « Mes soins restent ICI »	27
Annexe 13 - Les membres du comité « Mes soins restent ICI »	29

Le comité « Mes soins restent ICI » ... qui sommes-nous?

Le comité « Mes soins restent ICI » est composé de professionnels de la santé et de citoyens du Kamouraska. Notre mission est d'assurer une vigilance relativement aux pertes de soins de proximité dans notre région, d'informer la communauté locale de l'état du réseau de santé et d'interpeller les autorités publiques et politiques afin que des correctifs y soient apportés.

Ce comité est né en 2017 à la suite des pertes et à la détérioration des services en soins de proximité accessibles à l'Hôpital Notre-Dame-de-Fatima de La Pocatière et sur le territoire de la MRC de Kamouraska découlant de la réforme centralisatrice de M. Gaétan Barrette, ex-ministre de la Santé et des services sociaux. L'annexe 12 résume nos principales actions depuis 2017.

Mise en contexte

Le mémoire du comité « Mes soins restent ICI » se veut une contribution à l'importante réforme qui s'amorcera à la suite de l'adoption de la loi 15. « **Améliorer l'accès, la qualité et la continuité des services de proximité** ».

Les rencontres avec le député de la Côte-du-sud M. Mathieu Rivest ainsi que celle avec le ministre de la Santé, M. Christian Dubé, lors de sa visite à l'Hôpital Notre-Dame-de-Fatima de La Pocatière en mai, ont fortement motivé les membres du comité à soumettre un mémoire. La dernière réforme sous le gouvernement libéral a vu apparaître une centralisation de la gouvernance dont les impacts se sont traduits par une lourdeur de gestion et une inefficacité dans la réalisation de l'offre de services au Kamouraska.

L'abolition du centre décisionnel sur le territoire du Kamouraska (CSSS du Kamouraska) et la faible représentation à un conseil d'administration centralisé à Rimouski ont engendré une lourdeur dans le système de gestion, un éloignement et un isolement des différents partenaires et organismes du milieu, notamment les citoyens, les usagers, les élus municipaux, les organismes communautaires et les maisons d'enseignement, etc. À cet effet, les annexes 2 et 3 décrivent plusieurs situations vécues par les intervenants et les partenaires du Kamouraska.

Pour bien saisir la situation territoriale et certaines caractéristiques populationnelles de la région du Kamouraska, nous vous invitons également à prendre connaissance des autres annexes.

MÉMOIRE

Depuis 2016, le Kamouraska a vu les services de soins considérablement diminuer, et ce, particulièrement pour neuf services spécialisés. En 2022-23 le niveau des services n'a pas été récupéré et il s'avère extrêmement déficient. (Voir annexe 4). L'accessibilité auprès des médecins spécialistes est très limitée car plusieurs de ceux-ci refusent de se déplacer au Kamouraska. Il est à noter que les privilèges et droits d'exercices ne contraignent pas les médecins spécialistes à se déplacer à l'hôpital de La Pocatière. Ce sont plutôt les usagers du Kamouraska qui doivent se déplacer.

Notre mémoire fait ressortir plusieurs enjeux et problématiques en lien avec les six orientations ministérielles et le principe directeur sous-jacent à la réforme. (Voir annexe 1)

Nos recommandations peuvent recouper plusieurs orientations. Elles visent à permettre une saine gestion de l'offre de service en matière de soins de santé et de services sociaux. La réalité rurale et semi-urbaine en lien avec les caractéristiques populationnelles du Kamouraska ne peut bénéficier de solutions découlant d'une vision centralisatrice. Il s'agit d'un principe directeur qui devrait servir de clé de validation pour la réforme à défaut de quoi, il sera difficile d'espérer une amélioration et une efficacité significative de l'offre de services ainsi qu'une mobilisation du personnel et des différents acteurs dans notre milieu autour de cet important changement culturel et organisationnel. Nous considérons que nos recommandations sont exportables à d'autres régions qui vivent des enjeux et problématiques similaires à notre région.

Pour une gouvernance locale de proximité

Au-delà de la création d'une société d'État appelée « Agence de Santé Québec », nous ne voyons pas dans le projet de réforme une mise en place d'une nouvelle structure de gouvernance locale mais plutôt le maintien d'un statu quo par une structure ultra-centralisée pour la région du Bas Saint-Laurent. Les CISSS deviennent dans leurs nouvelles appellations des établissements territoriaux sans conseil d'administration. Nous vivons et subissons d'ailleurs les effets désastreux de l'abolition du CSSS-Kamouraska et de son conseil d'administration composé de personnes provenant du milieu régional du Kamouraska. (Voir annexe 3)

Malgré les changements anticipés au niveau de la structure de gouvernance clinique, notamment par la création de nouvelles fonctions et l'ajouts de responsabilités (Directeur médical, Directeur de médecine familiale, Directeur de médecine spécialisée), cela est loin d'assurer la proximité de gestion requise pour effectuer les changements visés afin de rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace.

MÉMOIRE

Les enjeux et difficultés de communication au sein d'une superstructure centralisée seront maintenus et s'accroîtront fort probablement en raison de la transformation culturelle visée par la réforme.

Les recommandations qui suivent, visent également à solutionner une autre problématique, soit le déplacement des médecins spécialistes pour des consultations à l'hôpital de La Pocatière. Ces mesures devraient permettre à la population d'avoir accès à des médecins spécialistes à l'hôpital de La Pocatière plutôt que de devoir se déplacer à Rivière-du-loup pour des consultations préopératoires et suivis opératoires. Il est important ici de considérer que la population du Kamouraska est l'une des plus âgées du Québec et, en raison de son vieillissement, plusieurs aînés vivront de plus en plus seuls. Dès lors, il est inconcevable d'exiger que ces personnes se déplacent sur de longues distances à l'exception des interventions (ex. équipement médecine nucléaire) pour lesquelles il n'existe pas de plateau technique au Kamouraska. Les personnes âgées représentent le quart de la population du Kamouraska (Voir annexe 5).

Chaque déplacement vers l'hôpital de Rivière-du-Loup représente un aller et retour de 134 km. Nous estimons que cela représente un déboursé pour l'usagers de 98,63\$. À cela s'ajoutent les frais de la personne accompagnatrice. L'annexe 10 décrit en détail l'estimation des coûts que doit déboursier un usager pour chaque visite.

Cette situation engendre des coûts monétaires importants pour une population dont le salaire moyen est un des plus bas au Québec.

Par conséquent, nous considérons qu'une optimisation de l'utilisation du bloc opératoire et le développement de la télésanté permettraient d'atténuer les déplacements par les usagers pour certaines interventions chirurgicales et pour des consultations.

Nos recommandations

Nous demandons que les ajouts suivant viennent bonifier les responsabilités des fonctions ci-dessous. Ces ajouts visent à renforcer les quatre orientations ministérielles (O.R) suivantes :

O.R.1 Accessibilité et visibilité des services

O.R.2 Rejoindre la population en situation de vulnérabilité

O.R.3 Contribuer au développement de la communauté

O.R.5 Pratiques de collaborations interprofessionnelles et intersectorielles

MÉMOIRE

Pour le Directeur médical :

Celui-ci devrait avoir le pouvoir d'assigner, lors de l'embauche d'un nouveau médecin spécialiste ou lors du renouvellement des privilèges, un ratio de services professionnels à un site donné, notamment à un hôpital, afin d'assurer le déplacement des professionnels particulièrement des médecins spécialistes. Il devrait avoir l'obligation et le pouvoir d'assurer le respect de ce ratio de services à l'endroit de la population.

Il devrait se voir ajouter également une responsabilité conjointe avec le **Directeur des services multidisciplinaires**, et le **Directeur de médecine familiale** et le **Directeur de médecine spécialisée** d'implanter une ou des approches d'interventions interdisciplinaires auprès des usagers sur le territoire de l'établissement, d'implanter des démarches de soins et outils interdisciplinaires (par exemple, un plan de diagnostics et de soins interdisciplinaires) et d'en assurer l'évolution et l'amélioration continue.

Pour la Direction médical :

En 2020, les médecins, dentistes et pharmaciens du Kamouraska ont pris l'initiative de se prévaloir d'un droit reconnu par le *Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) du Bas-Saint-Laurent* en se dotant de leur propre instance locale de CMDP.

Avec le projet de loi 15, nous craignons que cette initiative ne puisse subsister en partie ou sous une autre forme. Ainsi, nous recommandons :

- 1) Autoriser la création d'un sous-département local ou d'une subdivision pour le territoire du Kamouraska, l'équivalent du réseau local de services.
- 2) Autoriser la création de la fonction Directeur-adjoint médical-Kamouraska, responsable du sous-département local ou de la subdivision du territoire du Kamouraska.

Une gestion de proximité et locale

Notre comité « *Mes soins restent ICI* » plaide donc pour que des ajustements significatifs soient apportés dans le fonctionnement des établissements régionaux. L'annexe 2 présente plusieurs impacts résultants de l'absence d'une gestion locale. Ces principaux impacts ont consisté en l'annulation ou le retard des programmes pour lesquels le personnel et les acteurs de notre milieu s'étaient investis. Nous souhaitons, y **retrouver un niveau local de gestion capable de prendre en charge la nécessaire cohésion entre les services dispensés et les besoins particuliers du milieu, tout en ayant la capacité d'en répondre devant la communauté locale**. Une capacité décisionnelle locale permet l'agilité organisationnelle dans la gestion des services de proximité et favorise une culture locale d'amélioration continue et mobilisatrice du personnel. À cet effet, un mémoire de notre

MÉMOIRE

comité avait été transmis à tous les partis politiques de l'Assemblée nationale du Québec au printemps 2021. Sur le même sujet, une résolution de la MRC de Kamouraska avait été transmise au ministre de la Santé, M. Christian Dubé. (Voir annexe 11).

En 2022, le CISSS-Bas Saint-Laurent a créé un poste de cadre supérieur « Directeur-adjoint exécutif – Kamouraska » dont la responsabilité principale est d'assurer une cohérence et une intégration des services et de renforcer les partenariats avec les acteurs du milieu. Bien qu'il s'agisse d'une récente création, il nous apparaît trop tôt pour percevoir les effets bénéfiques et les résultats. Cette initiative nous apparaît comme un levier porteur pour assurer une proximité de gestion auprès des gestionnaires locaux, du personnel et des différents partenaires du Kamouraska.

Bien que les recommandations concernent les six orientations ministérielles, nos principales recommandations recoupent les quatre orientations suivantes :

O.R.3 Contribuer au développement de la communauté

O.R.4 L'engagement des membres et de son entourage

O.R.5 Pratiques de collaborations interprofessionnelles et intersectorielles

O.R.6 Structure de gouvernance et des modalités de gestion et des outils pour déployer des services de proximité en continu

Nos recommandations

1) **Un comité de vigie locale qui deviendra le tableau de bord de l'Agence de santé du Québec pour le Kamouraska**

Créer un comité dont la principale responsabilité consistera à exercer une vigie pour le territoire du Kamouraska sur l'offre de services en santé et services sociaux et sur la réalisation des six orientations ministérielles. Ce comité transmettra ses observations et ses recommandations à la présidence de l'Agence de Santé Québec.

La composition de ce comité devra réunir des personnes représentatives des principaux acteurs de notre territoire. Précisons que le préfet de la MRC de Kamouraska devrait présider ce comité afin d'assurer un rôle de leadership concernant la représentativité citoyenne, ce dernier étant élu par les citoyens. L'annexe 7 présente nos suggestions pour la composition des membres de ce comité.

2) **Maintenir la fonction de Directeur-adjoint exécutif-Kamouraska en bonifiant et en précisant le rôle et les responsabilités.** À cet effet, l'annexe 6 présente une description du rôle attendu pour ce poste essentiel comme effet de levier pour les orientations ministérielles ci-dessus.

MÉMOIRE

- 3) **Outiller le comité vigie d'outils de suivi** (tableau de bord comportant des indicateurs de progression et de résultats) en lien avec les six orientations ministérielles, et l'offre de services territoriaux et les caractéristiques populationnelles en santé publique pour le Kamouraska.

Conclusion

Les membres du comité « Mes soins restent ICI » ont été témoins de plusieurs réformes de la santé au cours des décennies, soit à titre de professionnels de la santé, gestionnaires ou d'usagers des services de santé et des services sociaux.

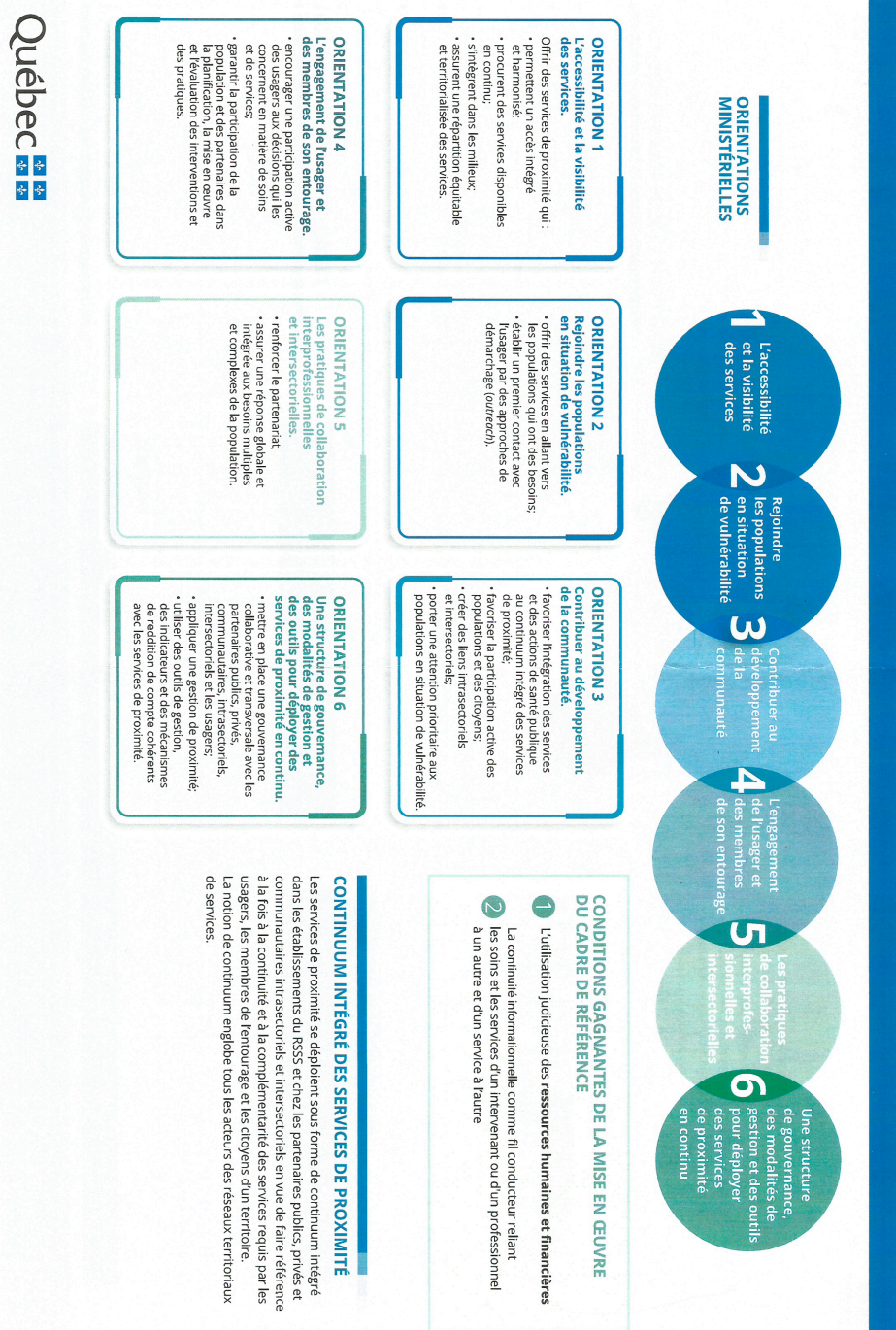
Nous pensons notamment à l'abolition des régies régionales de la santé et des services sociaux (RRSSS), des agences de développement de réseaux locaux de la santé et des services sociaux (ADRSSS) et des centres de services locaux (CSSS), et plus récemment des centres intégrés de santé et services sociaux (CISSS) et centres intégrés universitaires de santé et services sociaux (CIUSSS). Par le passé, toutes ces réformes ont essentiellement consisté à des plans de transformation des structures organisationnelles et juridiques, de leurs missions, rôles et pouvoirs. L'absence de réelles stratégies de gestion de changement et de plan d'action visant la mobilisation et le développement de nouvelles compétences requises chez les gestionnaires pour assumer leur rôle de leadership et pour le personnel comme clés essentielles à la réussite de ces réformes ont été esquivées ou non priorisées. Nous connaissons tous maintenant les impacts et les résultats sur les services aux usager, sur la main d'œuvre et sur l'image du réseau de la santé comme employeur.

C'est pourquoi le comité « Mes soins restent ICI » tient à signifier au ministre de la Santé et des services sociaux et aux membres de la Commission de la santé et des services sociaux de l'Assemblée nationale du Québec que cette réforme ne peut réussir si le gouvernement se limite seulement à un projet structurel et légal.

Dès lors, il devient important et essentiel **qu'une analyse stratégique des impacts du changement au niveau organisationnel, humain et technologique** soit effectuée comme prochaine étape. Cette analyse devra conduire à un plan intégré d'actions spécifiques pour chacune des trois dimensions précitées. Il s'agit là d'un prérequis pour réussir la réforme de la santé. De plus, une révision des politiques de rémunération actuellement en vigueur ainsi que les divers bonis devraient être inclus comme élément majeur dans le cadre de cette analyse. Nous pensons notamment à la rémunération à l'acte médical qui date de la création de la RAMQ et aux divers bonis. Ici, l'idée est de s'assurer que les diverses pratiques de rémunération représentent un levier plutôt qu'un frein aux objectifs et orientations ministérielles énoncés par le ministre de la Santé et des Services sociaux.

MÉMOIRE

Annexe 1- Les six orientations ministérielles et le principe directeur dans le cadre de la réforme de la santé et des services sociaux



Source : MSSS-CISSS Bas-St-Laurent

Améliorer l'accès, la qualité et la continuité des services de proximité

Synthèse | Cadre de référence à l'intention des établissements du réseau de la santé et des services sociaux

Jun 2023

VISION DU CADRE DE RÉFÉRENCE

Un réseau de la santé et des services sociaux (RSSS) qui offre des services de proximité intégrés, territorialisés, visibles et coordonnés, en travaillant de concert avec les différents partenaires publics, privés et communautaires intrasectoriels et intersectoriels, en vue d'agir sur les déterminants de la santé dans un objectif d'amélioration de l'expérience de l'usager par sa participation, par celle des membres de son entourage et par celle de la communauté.

OBJECTIFS DU CADRE DE RÉFÉRENCE

- Soutenir le RSSS dans l'amélioration de l'accès, la qualité et la continuité des services de proximité.
 - Assurer une vision globale et intégrée des services de proximité.
 - Favoriser une meilleure coordination et intégration de la santé et du social sur le plan organisationnel et clinique.
 - Renforcer la capacité du RSSS à adapter les services aux caractéristiques territoriales et populationnelles.
 - Améliorer l'expérience de soins et de services de l'usager et des membres de son entourage:
 - par des soins et des services prodigués en temps opportun;
 - par un accroissement de l'engagement et de la capacité d'agir de l'usager et des membres de son entourage.
- Renforcer les pratiques de collaboration interprofessionnelles et intersectorielles.

RETOMBÉES POSITIVES POUR LA POPULATION

- L'équité d'accès;
- La diminution des délais d'attente pour obtenir un soin et un service;
- L'obtention d'une réponse globale et intégrée à l'ensemble des besoins;
- L'engagement dans les soins et les services par la décision partagée avec l'intervenant ou le professionnel;
- Une meilleure expérience de soins et de services.

FONDEMENTS DES SERVICES DE PROXIMITÉ

Définition

Les services de proximité sont un ensemble de services généraux, spécifiques et spécialisés (santé et social) ainsi que de services de santé publique adaptés aux besoins de la population à l'intérieur d'un territoire cible, grâce à l'intervention des différents partenaires publics, privés et communautaires intrasectoriels et intersectoriels¹. Les services de proximité sont visibles et connus pour assurer un accès optimal aux ressources de la communauté et du RSSS, en plus de maintenir un lien de confiance avec la population.

¹ Les différents partenaires sont l'usager, les membres de l'entourage, les communautés, les établissements du RSSS, les partenaires des Premières Nations et des Inuits, les partenaires communautaires, les acteurs municipaux, etc.

CONCEPTS CLÉS QUI DÉTERMINENT LES SERVICES DE PROXIMITÉ

Des concepts clés se dégagent de la définition des services de proximité. Ils permettent de baliser et de guider les interventions et les actions de proximité, quels que soient le lieu à l'intérieur du territoire québécois et la population qui s'y trouve. Ainsi, les établissements du RSSS pourront s'y référer pour continuer de mettre en œuvre des services de proximité dans une perspective d'amélioration continue de l'accès, de la qualité et de la continuité des services de proximité.



PRINCIPE DIRECTEUR

Adapter les soins et les services aux caractéristiques territoriales et populationnelles

Les besoins des différentes régions du Québec nécessitent qu'on tienne compte des profils épidémiologiques des populations si l'on souhaite adapter les services aux caractéristiques des sous-groupes dans différents contextes. Par conséquent, les services de proximité sont adaptés et évolutifs et, de ce fait, un service de proximité en milieu urbain peut être différent de celui qui existe en milieu rural.

RENOUVELLEMENT DE L'APPROCHE COMMUNAUTAIRE

- L'approche communautaire implique l'organisation des composantes du système autour des soins primaires et des partenariats avec le milieu communautaire. Son renouvellement découle de l'évolution du contexte institutionnel québécois et de la contribution des éléments suivants :
- Le capital social comme déterminant de la santé :
 - Degré de cohésion sociale dans une communauté;
 - Source de coordination et de coopération entre les parties;
 - La responsabilité populationnelle;
 - L'approche de partenariat avec les usagers, les membres de leur entourage et les acteurs du RSSS.

Annexe 2 - Les effets pervers d'une ultracentralisation : l'exemple du Kamouraska

1. **Absence d'anticipation du besoin de recruter de nouveaux professionnels** de la santé et des services sociaux afin d'assurer le renouvellement des effectifs dans un petit hôpital éloigné du siège social régional. Cette situation a entraîné des carences importantes dans la gestion du plan d'effectifs des différents corps d'emplois ainsi que du PEM pour notre région.

2. Plusieurs médecins d'hôpitaux situés en *Chaudière-Appalaches* (Montmagny et Lévis) et même en *Capitale-Nationale* avaient accepté de dispenser leurs services à l'*Hôpital Notre-Dame-de-Fatima*. Ces derniers ont vu leurs droits et privilèges de pratiques retirés et non renouvelés alors que ceux-ci acceptaient de se déplacer sur une base régulière. Une décision insensée avait par la suite établi qu'il fallait mettre fin à ces pratiques de façon à **réserver les consultations médicales en spécialités aux seuls spécialistes exerçant dans la région administrative** du Bas-Saint-Laurent. Or, l'expérience nous a montré qu'un nombre de spécialistes du Bas-Saint-Laurent ne veulent pas se déplacer à l'Hôpital Notre-Dame-de-Fatima. C'est le patient qui doit plutôt se déplacer. Cette situation crée trois impacts :
 - 1) Des ruptures de services dans certains programmes et des baisses de services dans neuf spécialités. Actuellement, le niveau des services se situe à 53% par rapport à ce qu'il était en 2016-2017. (Voir annexe 4)
 - 2) Exige de nombreux déplacements pour les patients hospitalisés et externes, soit pour une première consultation et/ou pour les suivis post-opératoires à Rivière-du-loup ou à Rimouski.
 - 3) Engendre des coûts de déplacements pour les patients et des problèmes d'accompagnement par un proche aidant pour les déplacements vers l'hôpital de Rivière-du-Loup. (Voir annexe 10)

3. **La centralisation de l'acheminement des accidentés dans les hôpitaux plus spécialisés** accélère la déqualification de l'*Hôpital Notre-Dame-de-Fatima* quant à son expertise dans le traitement des soins d'urgence pour les cas de traumatismes. De plus, la mise en place d'une ligne arbitraire de partage du territoire a pour effet de diviser en deux (est et ouest) la ville de La Pocatière lorsque les ambulanciers ont à transporter un blessé. Cette procédure a aussi pour effet de faire subir un aller-retour¹ inutile et anxiogène à certains accidentés jusqu'à l'Hôpital de Rivière-du-Loup (67 km x 2) lorsque la gravité de leur cas exige un transfert rapide à Québec.

¹ Rivière-du-Loup se situe à 67 km à l'est de La Pocatière et Québec à l'ouest (à 150 km de l'Hôpital de l'Enfant-Jésus).

MÉMOIRE

4. **Transfert de plusieurs analyses en laboratoire** à Rimouski à la suite de la mise en place d'**OPTILAB**. À titre d'exemple, les tests d'hémoglobine glyquée (diabète) ne se font plus à La Pocatière, entraînant au début des délais irritants pour les médecins traitants et leurs patients. La situation a heureusement été améliorée par la suite. De tels délais ont aussi été constatés et persistent pour d'autres types d'analyses.
5. **Lourdeur excessive du mécanisme d'affichage de postes et de gestion des listes de rappel** lors d'absences imprévues de personnel, particulièrement les soirs et fins de semaine. Cette lourdeur est telle que des personnes retenues pour un poste ont eu le temps d'en accepter un autre dans un établissement extérieur, privant notre milieu d'une ressource de qualité et entraînant de nouveaux délais avant la finalisation du processus. La politique d'affichage des postes au CISSS Bas-Saint-Laurent engendrent des délais additionnels lorsque ceux-ci ne sont pas comblés. Plutôt que de procéder rapidement à un second affichage, ces postes ne le seront que plusieurs mois plus tard. Outre de retarder le recrutement, cela retarde l'entrée en fonction des personnes et leur orientation dans le poste.
6. **Fin d'une entente de partenariat avec le CÉGEP de La Pocatière.** Cette entente avait pour but de favoriser la rétention dans nos établissements des finissants du programme de soins infirmiers; mais elle a été reléguée aux oubliettes dans la foulée des fusions en un grand CISSS. Cette situation est venue ajouter à la difficulté d'embaucher de jeunes finissants dans un contexte où les établissements des territoires voisins se révèlent en mesure de se montrer davantage attractifs, amplifiant ainsi les épisodes de découvertes dans nos établissements kamouraskois. À la suite des pressions multipliées par le comité « Mes soins restent ICI », la situation a été nettement améliorée; mais les pertes accumulées ont pesé lourd sur l'état des ressources humaines des installations locales.
7. Au moment des fusions, compte tenu de l'étendue du territoire et des multiples installations impliquées, **les circuits de communication à l'interne** ont pris un certain temps (en mois, voire en années) à redevenir un peu plus fonctionnels et efficaces. Nous avons pu observer de nombreuses distorsions dans l'acheminement de messages (notamment lors de l'implantation du programme *OPTILAB*, selon qu'ils provenaient des supérieurs immédiats ou des circuits non officiels²) ainsi que des interprétations divergentes de consignes dans un contexte où la santé des patients pouvait être en jeu.

² Les versions non officielles se sont souvent révélées plus proches de la vérité que celles provenant des supérieurs immédiats.

Annexe 3 - Une gestion locale de l'offre de services en soins de santé et de services sociaux et une imputabilité auprès de la population

Une décentralisation au niveau des régions ne peut produire de résultats significatifs que si elle s'accompagne d'une forme d'imputabilité envers les communautés locales :

1. La région du *Bas-Saint-Laurent* s'étend sur un territoire de 320 km. ***L'Hôpital Notre-Dame-de-Fatima se situe, par la route, à près de deux heures du bureau-chef du CISSS du Bas-Saint-Laurent à Rimouski.*** Malgré toute la bonne volonté imaginable, il est impossible que des décideurs installés au siège social soient en mesure de percevoir les situations particulières qui se produisent à tout moment dans la vie quotidienne au niveau des besoins et services sur le territoire du Kamouraska.
2. L'une des prétentions justifiant les fusions des dernières décennies était de mettre fin au « **fonctionnement en silos** » des établissements de santé et services sociaux. Peut-être cet exercice a pu produire certains résultats positifs sur le plan régional, mais de toute évidence, sur le territoire local, chaque programme s'exécute sans avoir à tenir compte des autres interventions, ce qui est particulièrement triste quand l'utilisateur vit une problématique relevant de plus d'un de ces programmes (ex. : une personne âgée aux prises avec un problème de santé mentale). Ceci rend donc illusoire tout espoir d'approche globale adaptée à cette communauté pourtant bien distincte de celle d'une autre *MRC* de la même région. À titre d'exemple, certaines initiatives telles que le programme *Maladies pulmonaires obstructives chroniques – MPOC* pour lequel d'importantes énergies avaient été investies pendant des années a finalement été laissé de côté alors que le programme *Approche adaptée aux personnes âgées* tarde à prendre sa vitesse de croisière au Kamouraska en dépit de la mobilisation concertée des intervenants sur le terrain. On doit attendre que les autres territoires locaux soient rendus à un même niveau de progression avant de procéder. Une telle façon de faire est loin de favoriser le travail d'équipe interdisciplinaire dans l'intérêt du patient et de son bien-être. Elle donne d'ailleurs à observer des impacts plutôt négatifs sur le

MÉMOIRE

sentiment d'appartenance du personnel à son milieu de travail. Un autre exemple vécu en début de pandémie : des intervenants terrain de l'urgence de l'hôpital de La Pocatière ont voulu faire preuve de proactivité en élaborant un plan de circulation sécuritaire à l'intérieur de leurs locaux. Lorsqu'ils ont voulu par la suite soumettre ce projet pour approbation par les autorités régionales, celui-ci a été rejeté du revers de la main sous prétexte qu'une telle initiative ne pouvait être de leur ressort.

3. Depuis les années 80, les établissements de santé et services sociaux du Kamouraska avaient développé une approche de **concertation avec les institutions et organismes** de leur *MRC*. Cette façon de faire avait donné lieu à des exercices de planification stratégique où les partenaires institutionnels s'influençaient mutuellement et se partageaient les responsabilités dans la réalisation des priorités à mettre de l'avant, chacun dans sa sphère d'activité respective. Il était donc possible pour les établissements locaux de bonifier leurs offres de services de façon à davantage tenir compte des besoins et attentes propres aux communautés desservies. Il va sans dire que la mise en place des *CISSS* a radicalement coupé ces ponts porteurs de cohésion et d'innovations dans une communauté. Il en a été de même pour les *Projets cliniques*, les *Réseaux locaux de services* et l'*Approche populationnelle* pourtant considérés comme des avancées importantes lors de la mise en place de la réforme Couillard au début des années 2000.

4. Notre comité « *Mes soins restent ICI* » plaide donc pour que des ajustements significatifs soient apportés dans le fonctionnement des établissements régionaux. On souhaite y **retrouver un niveau local de gestion capable de prendre en charge la nécessaire cohésion entre les services dispensés et les besoins particuliers du milieu**, tout en ayant **la capacité d'en répondre devant la communauté locale**. Une capacité décisionnelle locale permet l'agilité organisationnelle dans la gestion des services de proximité et favorise une culture locale d'amélioration continue. Il est primordial aussi qu'un *CISSS* se préoccupe de recevoir les informations en provenance de ses sous-régions et les attentes des communautés qu'il dessert. Fait à noter, le

MÉMOIRE

Conseil des maires de la *MRC de Kamouraska* avait formulé une recommandation de même nature dans un Mémoire à l'intention du *ministre de la Santé et des Services sociaux* et de la présidente-directrice générale du *CISSS du Bas-Saint-Laurent* en juin 2017. Récemment, les médecins, dentistes et pharmaciens du Kamouraska ont pris l'initiative de se prévaloir d'un droit reconnu par le *Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) du Bas-Saint-Laurent* en se dotant de leur propre instance locale de *CMDP*. Cette avancée risque cependant d'être remise en question si le projet de Loi 15 était adopté sous sa forme actuelle.

MÉMOIRE

Annexe 4 - Nombre de visites par spécialité médicale / cliniques externes Kamouraska 6302

Cliniques externes 6302 (Kamouraska) Nombre de visites

	<u>2014-2015</u>	<u>2015-2016</u>	<u>2016-2017</u>	<u>2017-2018</u>	<u>2019-2020</u>	<u>2020-2021</u>	<u>2021-2022</u>	<u>2022-2023</u>
Chirurgie générale	4133	4250	3887	4098	2458	2367	2530	2840
Médecine interne	2121	2186	2475	2615	2070	1595	2250	2204
Obstétrique gynécologie	842	763	827	751	364	434	406	297
Orthopédie	1346	1588	724	930	418	267	415	539
Oto-Rhino-Laryngologie	1226	965	1064	622	409	471	278	174
Pédiatrie	77	63	48	0	0	12	121	134
Pneumologie	496	527	664	443	64	99	31	68
Urologie	661	770	640	642	0	194	270	53
Cardiologie	1568	1324	1538	1274	0	0	0	0

Sources: Années 2014 à 2018 : Données recueillies dans Rapport Statistique Annuel AS-478 du MSSS
Années 2019 à 2023 : Données fournies par le CISSS Bas-Saint-Laurent

Annexe 4a - Soins spécialisés au Kamouraska

	AVANT 2017	JUIN 2023
Médecine interne	1 temps plein	2 temps pleins
Urologie	2 jours/mois	Très rarement
Orthopédie	1 ou 2 jours/semaine (interventions mineures et suivis)	1 jour/2 semaines (peu de suivis, limité aux cas non-opérés)
Radiologie	1 temps plein	5-6 jours/mois (en moyenne)
Pneumologie	2 jours/mois	1 à 2 jours/mois (cas plus complexes seulement)
Ophtalmologie	2 jours/mois	
Gynécologie	1 jour/semaine	2 jours/mois
Cardiologie	1 jour/semaine	
Pharmacie	2 temps plein	2 sur 3 ont quitté récemment
ORL	2 jours/mois (incluant chirurgies)	
Dermatologie	1 jour/mois	

Annexe 5 - Portrait des personnes âgées au Bas-Saint-Laurent

Un portrait des personnes âgées vivant au Bas-Saint-Laurent réalisé par l'équipe de surveillance de la Direction de la Santé publique du CISSS-Bas-Saint-Laurent nous indique :

- 1) Selon les projections de vieillissement de nos aînés Il y a proportionnellement plus d'aînés au Bas-Saint-Laurent qu'au Québec en 2019. Ce sera le cas en 2036.
- 2) La MRC de Kamouraska est la troisième du Bas-Saint-Laurent ayant le plus de personnes âgées. Selon les projections pour 2036, celle-ci sera de 37% pour les 65 ans et plus.
- 3) La proportion de nos aînés qui vivent seuls augmente avec l'âge. Chez les 65 à 74 ans, celle-ci se situe à 27% et pour la strate d'âge des 85 et plus à 36%.
- 4) En 2019, chez les personnes âgées vivant seules âgées entre 65 ans et 74 ans, nous comptons trois femmes vivant seules pour deux hommes. Ce ratio augmente à cinq femmes vivant seules pour deux hommes chez les 75 ans et plus.
- 5) Les personnes âgées sont les plus touchées par les maladies chroniques telle que l'hypertension artérielle, le diabète, le mpoc et le cancer. La maladie d'Alzheimer et d'autres troubles chroniques sont en émergence en raison du vieillissement des aînés.

Source : CISSS-Bas-Saint-Laurent- Direction de la santé publique.

MÉMOIRE

Annexe 6 - Description du rôle de la fonction cadre supérieur- territoire du Kamouraska

Bien que la fonction Directeur-adjoint exécutif-Kamouraska ait été récemment créé par le CISSS-Bas-Saint-Laurent, nous suggérons de bonifier et préciser le rôle et les responsabilités. À cet effet, dans cette annexe, nous décrivons succinctement le rôle de leader attendu pour ce poste essentiel comme effet de levier pour les six orientations ministérielles.

Les principales fonction de gestion de ce cadre supérieur consisteraient à être responsable et imputable de la réalisation de l'offre de services en santé et services sociaux en fonction des besoins spécifiques et des caractéristiques populationnelles et territoriales du Kamouraska.

Plus spécifiquement, jouer le rôle de leader dans :

- 1) La gestion de proximité auprès des cadres intermédiaires et du personnel favorisant une culture d'amélioration continue et pour la mise en place de solutions adaptées à la réalité locale favorisant la mobilisation et l'engagement de tout le personnel du réseau local.
- 2) La gestion des ressources humaines notamment pour l'attraction, l'embauche et la rétention du personnel et dans la gestion financière et informationnelle du réseau local du Kamouraska.
- 3) Représentant local de l'établissement territoire régional avec les acteurs du milieu du Kamouraska notamment auprès du comité vigie (voir recommandation et annexe 7).
- 4) L'animation d'une table de concertation dans le but d'établir un lien direct avec les parties prenantes locales (organismes communautaires, publics et privés), le conseil des maires de la MRC et les représentants des usagers pour la définition des besoins spécifiques et le suivi de la qualité des services au Kamouraska.
- 5) Le soutien auprès du Directeur-adjoint de médecine familiale pour la mise en place et le maintien de pratiques interdisciplinaires permettant une plus grande place à l'expérience patient pour un accès de qualité à des soins et des services de proximité locaux.

Annexe 7- Composition du comité vigie pour le territoire du Kamouraska

Le comité vigie aura comme principale responsabilité d'exercer une vigie pour le territoire du Kamouraska pour l'ensemble des six orientations ministérielles et d'informer la population du Kamouraska sur la situation de l'offre de services en santé et services sociaux.

Ce comité vigie tiendra des rencontres statutaires avec le directeur-adjoint exécutif-Kamouraska.

La composition de ce comité devra réunir des personnes représentatives des principaux acteurs de notre territoire. Nous vous présentons nos suggestions pour la composition des membres de ce comité.

Les membres de ce comité ne sont rattachés à aucun établissement public de l'Agence de la Santé du Québec afin d'assurer une représentation des organismes communautaire et autres de la région du Kamouraska dans l'exercice du rôle impartial de vigie.

Composition suggérée :

Présidence : Le préfet de la MRC de Kamouraska

Membres :

- Citoyens et usagers du Kamouraska
- Médecins représentant le GMF et les cliniques médicales du Kamouraska
- Représentant des organisme communautaires locaux
- Représentant des services d'hébergement et de soins de longue durée
- Représentant des services de protections de la jeunesse
- Représentant des services de réadaptation
- Élus municipaux (secteur est et ouest)
- Représentant du CEGEP de La Pocatière pour les programmes en santé

Annexe 8 - Les caractéristiques du territoire du Kamouraska

Le territoire de la MRC de Kamouraska s'étend sur 2242 Km². La population s'élève à 21 000 en 2023. Celle-ci est en légère augmentation tout comme celle de la région du Bas-Saint-Laurent.

L'Hôpital Notre-Dame-de-Fatima se situe, par la route, à près de deux heures du bureau-chef du CISSS du Bas-Saint-Laurent à Rimouski.

Le territoire du Kamouraska se retrouve géographiquement entre la région de Rivière-du-Loup et celle de Montmagny-L'Islet. L'Hôpital Notre-Dame-de-Fatima est pratiquement à équidistance de l'hôpital régional de Rivière-du-Loup et de l'hôpital de Montmagny, soit à environ 70 km.

Sources :

- (1) Institut de la statistique du Québec*
- (2) Affaires municipales et habitations – Québec*

Annexe 9 - Les caractéristiques de la région administrative du Bas-Saint-Laurent

Le territoire du Bas-Saint-Laurent s'étend de La Pocatière jusqu'à Les Méchins, sur 320 kilomètres.

La population de la région a augmenté faiblement entre le 1^{er} juillet 2019 et le 1^{er} juillet 2020, mais le bilan démographique s'est tout de même amélioré comparativement aux années précédentes. La population est de 200 507 personnes (1) dont 28% soit 57 020 sont âgées de 65 ans et plus. Il s'agit d'une des régions les plus âgées du Québec.

Nous y retrouvons deux centres hospitaliers régionaux situés à Rimouski et à Rivière-du-Loup. Également six Municipalités régionales de comté ont un centre hospitalier sur leur territoire.

Source :

(1) Institut de la statistique du Québec- données provisoires 2022

MÉMOIRE

Annexe 10 - Estimation des coûts pour un usager se déplaçant à l'hôpital de Rivière-du-Loup

Comme plusieurs médecins spécialistes refusent de se déplacer, cette situation engendre des coûts que doivent assumer les usagers du Kamouraska.

La distance routière entre La Pocatière et Rivière-du-Loup est de 67 km aller simple, donc 134 km aller-retour, selon Québec 511. Si nous nous basons sur le coût du kilométrage selon la tarification de la circulaire du MSSS, il en coûtera 0,595 \$ du kilomètre. À cela, il faut ajouter le coût d'un repas pour le dîner qui est de 18,90 \$.

Hypothèse des coûts estimés pour un seul déplacement sans accompagnateur :

- Kilométrage pour un aller-retour (134 km x 0,595 \$) = 79,73 \$
- Coût d'un repas pour l'utilisateur = 18,90 \$
- **Total des coûts** = **98,63 \$**

Hypothèse des coûts estimés pour un seul déplacement avec accompagnateur :

- Kilométrage pour un aller-retour (134 km x 0,595 \$) = 79,73 \$
- Coût d'un repas pour l'utilisateur = 18,90 \$
- Coût d'un repas pour l'accompagnateur = 18,90 \$
- **Total des coûts** = **117,53 \$**

Si le temps d'attente pour la consultation dépasse 2 heures, il faudra ajouter un montant de 4.25 \$ pour le coût du stationnement (selon la tarification pour le stationnement au CH de Rivière-du-Loup).

Hypothèse des coûts estimés annuellement pour les consultations de spécialistes à Rivière-du-Loup :

- Nombre de consultations estimées par semaine = 25 (5 consultations/jour X 5 jours)
- Nombre de consultations estimées annuellement = 1 300 (25 consultations/sem X 52 semaines)
- Coût moyen pour déplacement = 108 \$ (avec ou sans accompagnateur)

Total des coûts estimés annuellement *devant être assumés par les usagers pour les consultations à Rivière-du-Loup est de 140 400 \$ (1300 consultations/annuel X 108\$ / coût moyen)

**Basé sur une estimation minimale de 5 consultations par jour à l'hôpital de Rivière du Loup considérant le volume de besoins en médecine spécialisée non répondu à l'hôpital de Fatima de La Pocatière.*

MÉMOIRE

Annexe 11 - Résolution 268-cm2022- municipalité régionale de comté de KAMOURASKA

268-CM2022

DEMANDE POUR LA CRÉATION D'UN POSTE DE CADRE SUPÉRIEUR POUR ASSUMER, AVEC AUTONOMIE ET DE RÉELS POUVOIRS, UNE DIRECTION LOCALE DES SERVICES DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX POUR LE TERRITOIRE DE LA MRC DE KAMOURASKA

Attendu

la volonté du gouvernement du Québec d'apporter les changements nécessaires à la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux visant un réseau plus humain, plus autonome et plus agile;

Attendu

la complexité et les défis liés à la prestation de service à la population, dans un contexte de rareté de main-d'œuvre, de population vieillissante, de pandémie, etc., qui ont mis en lumière la lourdeur de la gouvernance actuelle et qui ont, dans certains cas, créé de la confusion quant aux missions des différentes instances en rendant floue la ligne entre les orientations et les opérations;

Attendu

que la réforme du système de santé et des services sociaux de 2015 a aboli les gestionnaires de proximité, ce qui a occasionné une perte de l'identité des employés envers leur établissement, de leur sentiment d'appartenance, de la mobilisation collective, et au surplus, y apportant une lenteur accrue pour prendre des décisions et régler les problème du quotidien;

Attendu que

la pandémie a révélé que les autorités centrales demeurent trop engagées dans la gestion courante des opérations, que les gestionnaires terrain n'ont pas assez d'autonomie et d'imputabilité, que l'absence de marge de manœuvre nuit aux besoins spécifiques des populations, que la lourdeur administrative ne favorise pas une réponse rapide aux utilisateurs, etc.;

MÉMOIRE

- Attendu que** la structure régionale du CISSS-BSL a éloigné les utilisateurs et les producteurs de services de première ligne des organismes communautaires du Kamouraska;
- Attendu que** la centralisation administrative et de décision a engendré la disparition de programmes conclus auprès d'organismes publics et privés du Kamouraska lesquels permettaient l'attraction, l'embauche et la rétention d'une main-d'œuvre;
- Attendu** les constats et les recommandations du rapport sur la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux élaboré et déposé au gouvernement du Québec en juin 2022 par M^{me} Dominique Savoie qui visent à rapprocher les décisions liées à l'organisation et à la fluidité des soins et des services le plus près possible du terrain, en favorisant une gestion de proximité et une organisation clinique et médicale locale;
- Attendu** la volonté du gouvernement de favoriser une décentralisation pour permettre aux établissements de se rapprocher des équipes et des clientèles et d'être plus autonomes dans l'identification des moyens appropriés pour atteindre les objectifs fixés dans les régions locales;

EN CONSÉQUENCE,

il est proposé par ■

appuyé par ■

et résolu à l'unanimité des membres du conseil présents

QUE le conseil de la MRC de Kamouraska demande la création d'un poste de cadre de niveau supérieur pour assumer, avec pleine autonomie, imputabilité et de réels pouvoirs, une direction locale pour la région du Kamouraska. Le titulaire de ce poste relèvera de la direction générale du CISSS-BSL.

Les principales fonctions de gestion de ce cadre supérieur consisteraient à être responsable et imputable de la réalisation de l'offre de services en santé et services sociaux en fonction des besoins spécifiques et des caractéristiques populationnelles et territoriales du Kamouraska.

MÉMOIRE

Plus spécifiquement, jouer le rôle de leader dans :

- 1) la gestion de proximité auprès des cadres intermédiaires et du personnel favorisant une culture d'amélioration continue et la mise en place de solutions adaptées à la réalité locale, favorisant la mobilisation et l'engagement de tout le personnel du réseau local;
- 2) la gestion des ressources humaines notamment pour l'attraction, l'embauche et la rétention du personnel et la gestion financière et informationnelle du réseau local du Kamouraska;
- 3) l'animation d'une table de concertation dans le but d'établir un lien direct avec les parties prenantes locales (organismes communautaires, publics et privés), le conseil de la MRC et les élus municipaux et les représentants des usagers pour la définition des besoins spécifiques et le suivi de la qualité des services au Kamouraska;
- 4) le soutien auprès de la Direction des soins professionnels (DSP) pôle ouest, pour la mise en place et le maintien de pratiques interdisciplinaires permettant une plus grande place à l'expérience patient pour un accès de qualité à des soins et des services de proximité locaux.

QUE la MRC de Kamouraska envoie cette résolution à monsieur Christian Dubé, ministre de la Santé et des Services sociaux, madame Caroline Proulx, ministre responsable de la région du Bas-Saint-Laurent, madame Marie-Eve Proulx, députée de Côte-du-Sud et madame Isabelle Malo, présidente-directrice générale du CISSS-BSL.

QUE le conseil de la MRC de Kamouraska autorise le directeur général et greffier-trésorier, monsieur Jean Lachance, à signer tout document utile ou nécessaire pour donner effet à la présente résolution.

(Signé) *Sylvain Roy*, préfet

(Signé) *Jean Lachance*, directeur général et greffier-trésorier

CERTIFIÉE VRAIE COPIE CONFORME



Jean Lachance

Annexe 12 - Historique des actions réalisées par le comité « Mes soins restent ICI »**2017**

- Des membres du comité se sont rendus à l'Assemblée nationale pour dénoncer l'état de la situation à La Pocatière. Durant les quelques heures de la rencontre, « Mes soins restent ICI » a pu énumérer les pertes de services auxquelles l'Hôpital Notre-Dame-de-Fatima était confronté. Une telle démarche a été reprise l'année suivante (2018) pour rencontrer les représentants en matière de santé de chaque parti politique, incluant le ministre Barrette.

2018

- En février, création du cœur rouge du Kamouraska. Citoyens et élus le portent en guise d'appui au maintien du niveau de soins à l'Hôpital Notre-Dame-de-Fatima. Plusieurs candidats le porteront aussi lors de la campagne électorale d'automne.
- En mai, conférence de presse pour présenter les 80³ organismes de la région qui ont signé une Déclaration commune les engageant à tout mettre en œuvre pour conserver nos soins de proximité.
- En septembre, pendant la campagne électorale, le comité a réalisé des capsules vidéo avec les candidats de la circonscription de Côte-du-Sud pour connaître leurs engagements en matière de santé pour le Kamouraska. Une activité similaire sera reprise lors de la campagne électorale de 2022.
- En décembre, le comité a rencontré la nouvelle députée de Côte-du-Sud, madame Marie-Ève Proulx, aussi ministre déléguée au Développement économique. Les attentes du comité concernant la gouvernance et la décentralisation des décisions sont abordées. Les deux parties conviennent de se rencontrer sur base régulière afin d'effectuer le suivi des situations soulevées par le comité.
- Le comité « Mes soins restent ICI » a été nommé, par Radio-Canada-Bas-Saint-Laurent, l'organisation citoyenne de l'année 2018.

2019

- En avril, le comité a rencontré pour la première fois la Direction générale et la Direction des services professionnels du CISSS du Bas-Saint-Laurent. Ceux-ci ont alors reconnu

³ Incluant les 17 municipalités de la MRC de Kamouraska et les 2 municipalités de la MRC de L'Islet concernées par les soins de proximité de l'Hôpital Notre-Dame-de-Fatima de La Pocatière.

MÉMOIRE

certaines pertes de services et exprimé leur volonté d'apporter certains correctifs pour améliorer la situation. Des rencontres de suivi se sont tenues par la suite au rythme de deux ou trois fois par année.

- En décembre, conférence de presse conjointe du CISSS-du-Bas-Saint-Laurent, du CISSS-de-Chaudière-Appalaches et de la député et ministre Marie-Ève Proulx pour annoncer la conclusion d'une entente engageant les deux établissements à collaborer à un partage de certaines ressources spécialisées en vue d'éviter de nouvelles ruptures de services.

2021

- Dépôt auprès des différents partis siégeant à l'Assemblée nationale du Québec d'un mémoire traitant de la nécessité de rétablir un niveau de gestion locale imputable au sein du réseau de la santé et des services sociaux. Une rencontre a aussi été réalisée avec notre députée et la ministre responsable du Bas-Saint-Laurent (madame Caroline Proulx) afin de les aider à défendre le contenu de ce mémoire auprès de leur gouvernement.

2022

- À l'été, rencontre avec les élus de la MRC de Kamouraska afin de faire le point sur l'état des soins et services de proximité. Adoption par le Conseil des Maires d'une résolution exposant les attentes de la MRC de Kamouraska en vue de l'installation d'une forme de gestion locale imputable dans le réseau de la santé et services sociaux.
- À l'automne, embauche par le CISSS-du-Bas-Saint-Laurent d'un Directeur-adjoint exécutif pour le Kamouraska.

2023

- Première rencontre entre le comité « Mes soins restent ICI » et le nouveau gestionnaire local, le directeur-adjoint exécutif-Kamouraska. Il est convenu que des rencontres de suivi entre les parties se renouvelleront au moins deux fois par année ou au besoin.
- En mai, rencontre impromptue avec le ministre de la Santé et des Services sociaux à l'occasion d'une visite-éclair de ce dernier à l'hôpital de La Pocatière. Celui-ci est particulièrement sensibilisé à la problématique du recul des soins de proximité au niveau des médecins spécialistes depuis la révocation des mandats et des privilèges d'exercice de ceux qui provenaient de Québec et de Chaudière-Appalaches au début de 2018.

MÉMOIRE

Annexe 13 - Les membres du comité « Mes soins restent ICI »

Mme Lise Bélanger	Retraitée-Technicienne de laboratoire Hôpital-de-Fatima de La Pocatière
M. Émilien Milliard	Employé retraité – Entreprise de Bombardier à La Pocatière
M. Gaston Lagacé	Retraité – Organisateur communautaire Kamouraska
M. Luc Laboissonnière	Retraité- Technicien en administration CSSS du Kamouraska
M. Jean Vézina	Retraité- Gestionnaire-Agence de la Santé et des services sociaux de Montréal-Direction Régionale de la protection et prévention de la santé publique de Mtl, CHU Sainte-Justine
Dre Pia St-Louis	Médecin de famille GMF et urgentiste, Hôpital-de-Fatima de La Pocatière
Dr Denis Pelletier	Médecin de famille et ex-chef de médecine générale, Hôpital-de-Fatima de La Pocatière
Dr Philippe Nobert	Médecin de famille GMF Kamouraska -Hôpital-de-Fatima de La Pocatière
Dre Marie-Ève O'Fromentin	Médecin de famille GMF Kamouraska – Porte-parole pour les professionnels de la santé comité « Mes soins restent ICI »
M. Jean Martin	Retraité- Assistant infirmier Chef (AIC) Urgence et soins intensifs infirmiers, Hôpital-de-Fatima de La Pocatière- Porte-parole pour les citoyens du Kamouraska, comité « Mes soins restent ICI »