

SOUTIEN À LA PRATIQUE EN CLSC ET EN GMF-U (UMF)



*Rapport du Comité conjoint FMOQ-MSSS
Mai 2016*

CONTENU

INTRODUCTION.....	3
LES MEMBRES DU COMITÉ	5
DESCRIPTION DU MANDAT	5
RENCONTRES DU COMITÉ	5
STRUCTURE DES TRAVAUX.....	5
PORTRAIT DE LA SITUATION ACTUELLE EN CLSC ET EN GMF-U (UMF)	6
SOMMAIRE DES ÉCHANGES	6
LES RESSOURCES HUMAINES	7
Organigramme	7
Description des tâches	7
Quantification du support	7
LA PLACE DU MÉDECIN RESPONSABLE DANS LA GESTION ET L'ORGANISATION.....	8
LES RESSOURCES MATÉRIELLES, INFORMATIONNELLES ET TECHNOLOGIQUES	8
CONCLUSION.....	8
ANNEXE I Situation légale	10
ANNEXE II Organigramme et descriptions de tâches.....	11
ANNEXE III Tableau de quantification des ressources.....	18

SOUTIEN AUX CLSC ET GMF-U

Rapport du groupe de travail FMOQ-MSSS

INTRODUCTION

En 1972, le centre local de services communautaires (CLSC) s'ajoute à la liste des établissements dispensateurs de soins de santé. Sa mission est d'offrir en première ligne des services de santé et des services sociaux courants et, à la population du territoire qu'il dessert, des services de santé et des services sociaux de nature préventive ou curative, de réadaptation ou de réinsertion grâce à des équipes multidisciplinaires. Il assure cette mission par le suivi de la clientèle en première ligne et dans les programmes spécifiques. Dès les débuts, les médecins qui exercent en CLSC participent à cette offre de services en assurant la prise en charge et le suivi longitudinal des personnes de tous âges, incluant celles qui présentent des besoins particuliers (clientèle des programmes).

En parallèle, dès le début des années 70, les unités de médecine familiale (UMF) s'installent dans les hôpitaux, et plus tard dans les CLSC. Il s'agit d'unités fonctionnelles affiliées au monde universitaire dont la vocation prioritaire est la formation extrahospitalière des résidents en médecine familiale dans un contexte de soins de première ligne. Ces unités contribuent aussi à la formation d'étudiants pré-gradués et post-gradués de médecine et d'autres disciplines. Aujourd'hui, la plupart des UMF ont délaissé les hôpitaux pour s'intégrer aux CLSC et aux cabinets privés. Ce réseau d'UMF est toujours en déploiement et se transforme encore. Les UMF adhèrent progressivement au programme de financement et de soutien professionnel pour les GMF, et deviennent des groupes de médecine de famille universitaires (GMF-U), favorisant le travail d'équipe, la collaboration interprofessionnelle, la responsabilité populationnelle ainsi que le développement de liens de confiance et de collaboration étroits entre patients et cliniciens.

La *Loi sur les services de santé et les services sociaux* officialise le support à donner aux médecins dans cette tâche en leur parlant d'établissements qui assurent « la prestation de services de santé ou de services sociaux de qualité, qui soient continus, accessibles, sécuritaires et respectueux des droits des personnes et de leurs besoins ». Cette obligation de support est reprise dans l'Entente générale convenue entre la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ) et le Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), à son article 8.02 qui stipule que le médecin travaillant en établissement bénéficie de conditions propices à l'exercice de sa profession. Ces conditions de pratique doivent permettre de rendre des services adéquats aux patients, en tenant compte de la population à desservir et de ses caractéristiques démographiques et sociosanitaires.

La valeur de ces conditions explique traditionnellement l'écart de rémunération avec le médecin de cabinet privé qui doit lui-même voir à son environnement de pratique. Or, bien que les médecins de famille bénéficient d'un certain niveau de ressources administratives et professionnelles, les

établissements ont assumé de façon inégale cette responsabilité prévue par la loi et l'Entente. Cet état de fait est connu de longue date, puisque dès 2003, des modifications ont été introduites à l'Entente pour solutionner ce problème important. On peut retrouver diverses dispositions à cet effet en annexe I.

Malgré cela, le manque de support se perpétue toujours dans certaines installations publiques de première ligne, notamment en matière de soutien clérical et administratif. Les médecins de CLSC et de GMF-U (UMF) sont encore nombreux à évoquer la lourdeur de la tâche cléricale qu'ils ont à assumer eux-mêmes en suppléance au personnel débordé, absent, ou employé de façon inadéquate.

Ce soutien variable et inéquitable se devait d'être corrigé, particulièrement face à l'importance d'atteindre les objectifs de l'Entente de principe intervenue entre le MSSS et la FMOQ afin d'accroître et d'améliorer l'accessibilité aux services médicaux de première ligne. Rappelons que l'un des objectifs de cette entente est de permettre à chaque Québécois d'avoir un médecin de famille et d'y avoir accès en temps opportun (*article 1*). Le MSSS et la FMOQ se sont ainsi engagés à déployer tous les efforts nécessaires pour que l'environnement de travail des médecins favorise l'inscription et le suivi des clientèles, et ce, peu importe le milieu de pratique (*article 20*). Ils ont notamment convenu de revoir le soutien technique et administratif en CLSC et en GMF-U (UMF).

C'est dans ce cadre qu'un comité a été formé conjointement par la FMOQ et le MSSS pour définir le support à la pratique nécessaire pour poursuivre l'importante mission de première ligne des CLSC et des GMF-U (UMF).

LES MEMBRES DU COMITÉ

FÉDÉRATION DES MÉDECINS OMNIPRATICIENS DU QUÉBEC (FMOQ)	MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS)
Docteure Hélène Roy, FMOQ Docteur Sylvain Dion, CLSC Les Etchemins Docteure Anne Rompré, CLSC De Villeraay Maître Christiane Larouche, FMOQ Madame Sylvie Fortin, actuaire, FMOQ	Docteur Antoine Groulx, MSSS Madame Véronique Laliberté, MSSS Madame Marie-Pascale Côté, MSSS Madame Ingrid Tremblay, MSSS Docteur André Munger, GMF des Grandes-Fourches (CLSC) Docteure Catherine Bouffard-Dumais, GMF-U (UMF) Maizerets

DESCRIPTION DU MANDAT

- Documenter, valider et échanger sur les problématiques de nature à affecter les conditions d'exercice de cliniciens assurant le suivi longitudinal de patients en CLSC et en GMF-U (UMF), notamment en regard du soutien clérical et administratif ;
- Établir un portrait de la situation actuelle prévalant dans ces milieux ;
- Identifier en quoi devrait consister le soutien clérical et administratif minimal en s'appuyant notamment sur les modalités d'octroi des ressources administratives en proportion du nombre de patients inscrits tel qu'indiqué au programme GMF ;
- Répondre à tout autre mandat jugé pertinent par les parties.

RENCONTRES DU COMITÉ

Les membres du comité se sont rencontrés les 10 et 24 novembre, les 8 et 15 décembre 2015.

STRUCTURE DES TRAVAUX

Après échanges et validation des problématiques relatées par les médecins de CLSC, les membres du comité conviennent de travailler le mandat selon le plan suivant :

- Discussion portant sur les données factuelles et expérientielles afin d'établir un portrait de la situation actuelle en CLSC et en GMF-U (UMF) ;
- Discussion entourant les rôles et fonctions du personnel clérical et administratif en CLSC et en GMF-U (UMF) ;
- Discussion portant sur le volet quantitatif du soutien clérical et administratif en CLSC et en GMF-U (UMF). Un volet portant sur les enjeux liés à la gestion des locaux, de l'équipement et des DME sera également discuté ;
- Identification au besoin des mesures de transition.

PORTRAIT DE LA SITUATION ACTUELLE EN CLSC ET EN GMF-U (UMF)

Malgré la fréquence des problèmes rapportés par les médecins, peu de données factuelles et d'indicateurs de gestion ont jusqu'ici été colligés à grande échelle. Une analyse de travaux réalisés périodiquement depuis 2002 démontrent que les conditions de pratique des médecins qui assurent le suivi longitudinal de patients en première ligne sont fréquemment déficientes. Des commentaires récents reçus de médecins d'une vingtaine de milieux témoignent aussi du fait que la problématique demeure semblable au fil du temps. On constate que plusieurs milieux subissent de longue date les contraintes vécues à cause du manque de personnel et de ressources.

Les membres du comité soulignent aussi la rareté d'orientations claires de la part des établissements quant à l'attribution et la gestion des ressources matérielles, administratives et techniques pour soutenir les équipes médicales en première ligne. Il semble en effet y avoir utilisation des mêmes ressources par différents services et programmes, ce qui pénalise souvent les médecins et les ressources cliniques qui assurent le suivi longitudinal de patients.

Par ailleurs, comme un suivi complémentaire de la clientèle des médecins peut être effectué par d'autres professionnels de la santé, il est convenu de les identifier comme « ressources cliniques » pour la suite du texte. Ces ressources cliniques pourraient aussi être aux prises avec les problèmes vécus par les médecins, bien que le comité n'ait pas documenté spécifiquement les enjeux qui les concernent.

Après échanges et validation des problèmes relatés par les médecins de CLSC, le comité en arrive à la conclusion que les conditions de pratique des médecins et des ressources cliniques qui assurent le suivi longitudinal de patients en première ligne doivent être mieux définies, de façon à les allouer de manière équitable dans les différents milieux.

Ainsi, les membres recommandent l'adoption d'un plan de ressources humaines qui répond aux besoins des patients, favorise l'efficacité ainsi que la productivité des médecins et des ressources cliniques qui œuvrent dans les équipes de première ligne, tout en assurant une prestation de soins de qualité.

SOMMAIRE DES ÉCHANGES

Les difficultés sont identifiées à trois niveaux principaux :

- Les ressources humaines et le soutien administratif ;
- La place faite aux médecins de famille dans la gestion et de l'organisation des services de prise en charge et de suivi en CLSC ;
- Les ressources matérielles, informationnelles et technologiques.

LES RESSOURCES HUMAINES ET LE SOUTIEN ADMINISTRATIF

Le comité a discuté du soutien administratif nécessaire et des tâches spécifiques à accomplir. Il est apparu rapidement aux membres du comité que plusieurs éléments administratifs devaient être circonscrits et mis en place pour bien déployer les mesures à venir :

- L'indispensable gestion collaborative (cogestion), partagée entre le directeur médical et le cadre intermédiaire du CLSC prodiguant une gouvernance d'établissement claire et soutenante ;
- L'introduction nécessaire d'un niveau de gestion de chef d'équipe entre, d'une part, le tandem directeur médical/cadre intermédiaire du CLSC, et d'autre part, les médecins et les ressources cliniques du milieu, dont le rôle est de soutenir la direction en cogestion lorsque les employés sont nombreux.

Des précisions essentielles ont été apportées par le secteur ressources humaines du MSSS en lien avec les niveaux hiérarchiques, la supervision du personnel et les tâches qui peuvent être assignées dans le respect des diverses conventions collectives. Les explications ont été d'un grand appui et ont aidé le comité à concevoir un organigramme fonctionnel des milieux de travail.

Organigramme

Le comité propose donc un organigramme pour illustrer explicitement les liens hiérarchiques et fonctionnels préconisés entre gestionnaires, employés (dont les ressources cliniques) et médecins.

Description des tâches

Les membres du comité ont ensuite élaboré les descriptions des tâches que chacun des employés alloués devrait accomplir pour bien soutenir les médecins et les ressources cliniques de première ligne. Il s'agit là de descriptions générales de tâches nécessaires pour effectuer le suivi des patients. Ces listes de tâches pourront être adaptées aux besoins des divers milieux, selon les règles établies en cogestion, en respect de la disponibilité de la main-d'œuvre et conformément aux règles de conventions collectives en vigueur (*annexe II*).

Trois descriptions de tâches sont ainsi élaborées :

1. Secrétaire médicale : de façon générale, la secrétaire médicale doit être dédiée aux patients et aux professionnels de la santé. Ses tâches sont donc spécifiquement liées à la gestion des besoins des patients, des médecins et des ressources cliniques qui les appuient dans le suivi longitudinal de patients. Lors d'une absence, la secrétaire médicale doit être remplacée dès le premier jour afin d'assurer le support nécessaire auprès des médecins et des ressources cliniques, et ainsi minimiser les impacts sur la continuité des services dispensés aux patients ;
2. Agent administratif : l'agent administratif voit aux tâches administratives, à la gestion des rencontres et supporte le gestionnaire pour les volets de gestion du GMF-U/UMF, de l'informatique, des statistiques et des communications ;
3. Technicien en administration : le technicien en administration assume des tâches en lien avec la gestion financière, l'organisation du travail ainsi que la planification de travaux complexes à caractère administratif dont la cueillette et l'analyse de données. Cette description inclut au besoin des fonctions de chef de l'équipe administrative.

Quantification du support

Après avoir analysé les données disponibles, le comité convient que l'inscription de la clientèle demeure l'indicateur de performance le plus accessible et le plus fiable actuellement pour quantifier la charge de travail dans les divers milieux et moduler l'attribution des ressources. Lorsque les CLSC ou UMF sont aussi reconnus GMF, le soutien sera plutôt attribué en fonction d'inscriptions pondérées, selon les niveaux établis par le Programme GMF.

Le tableau **Quantification des ressources attribuées en fonction du nombre de patients inscrits** en annexe III traduit les recommandations finales du comité, approuvées par le ministre.

LA PLACE DU MÉDECIN RESPONSABLE DANS LA GESTION ET L'ORGANISATION

Il arrive que certains processus en place entravent le travail des médecins et que le médecin représentant le groupe médical doit déployer beaucoup d'énergie pour solutionner les problèmes rencontrés. Les membres du comité constatent que l'on ne tient pas suffisamment compte des perspectives du groupe médical dans le cadre de la gestion des équipes de première ligne.

Un processus nécessaire de cogestion bien défini doit être instauré dans tous les milieux, pour favoriser la participation des médecins à l'ensemble des décisions stratégiques, organisationnelles et fonctionnelles ayant un impact sur les activités cliniques. Un tel partenariat permettra de concilier les objectifs multiples et de créer un pouvoir collectif d'action en intégrant l'expertise du médecin responsable et celle du gestionnaire de l'établissement. Ce tandem s'avèrera particulièrement pertinent dans le cadre des CLSC/GMF ou GMF-U (UMF) pour veiller à l'usage optimal des ressources attribuées par le MSSS.

LES RESSOURCES MATÉRIELLES, INFORMATIQUES ET TECHNOLOGIQUES

Différentes lacunes ont été rapportées dans ces domaines. Qu'il s'agisse de locaux inadéquats, d'équipement informatique vétuste ou de dossiers informatiques dysfonctionnels, le manque de soutien matériel et technologique en établissements peut contribuer à réduire la productivité des médecins et des ressources cliniques.

Le DME s'est aussi implanté plus tardivement dans les CLSC et les UMF. Le programme québécois d'adoption de dossiers médicaux électroniques (PQADME), qui est entré en vigueur le 1^{er} avril 2012, n'était pas accessible, au moment de sa création aux médecins exerçant en UMF en établissement ou en CLSC.

Pour ces raisons, et malgré l'investissement par le MSSS de sommes considérables pour encourager l'acquisition du DME pour les sites publics en GMF qui en faisant la demande, le dossier médical électronique a tardé à connaître l'essor souhaité. Certains médecins ont aussi pu refuser d'adhérer au DME.

CONCLUSION

D'importants éléments de solution ont été amenés par le comité en vue de répondre aux objectifs de l'Entente de principe intervenue entre le MSSS et la FMOQ afin d'accroître et d'améliorer l'accessibilité aux services médicaux de première ligne. Les mesures à mettre en place visent donc à jouer un rôle de soutien primordial pour revoir les modèles d'organisation et de dispensation de services cliniques en CLSC et en GMF-U (UMF), permettant aux Québécois de répondre à leur besoin légitime de recevoir les soins requis en temps opportun.

L'engagement des parties à fournir aux Québécoises et aux Québécois les soins pertinents auxquels ils ont droit est incontournable. En concordance avec l'article 20 de l'Entente de principe et tout en respectant son cadre financier, le MSSS, en collaboration avec la FMOQ, déploiera tous les efforts nécessaires pour proposer un plan de transition visant à diffuser et mettre en place rapidement les recommandations convenues au niveau des établissements afin que l'environnement des médecins favorise l'inscription et le suivi des clientèles. La FMOQ et le MSSS sont confiants que l'engagement des milieux sera fort et que les mesures proposées pallieront de nombreuses lacunes actuelles. La réalisation de ce plan fera assurément une différence marquante en vue d'améliorer l'accessibilité aux services de première ligne offerts en CLSC et en GMF-U (UMF).

ANNEXE I - LISTE DES DISPOSITIONS GARANTISSANT LE SOUTIEN À LA PRATIQUE

Brochure n° 1 – Omnipraticiens

ENTENTE GÉNÉRALE page 19

8.00 OBLIGATIONS ET GARANTIES D'ORDRE INSTITUTIONNEL

[Articles 8.01 et 8.02](#)

[LETTRE D'ENTENTE N° 140](#)

[LETTRE D'ENTENTE N° 231](#)

[LETTRE D'ENTENTE N° 232](#)

[LETTRE D'ENTENTE N° 243](#)

Entente de principe intervenue entre la FMOQ et le MSSS afin d'accroître et d'améliorer l'accessibilité aux services médicaux de première ligne – 2 juin 2015

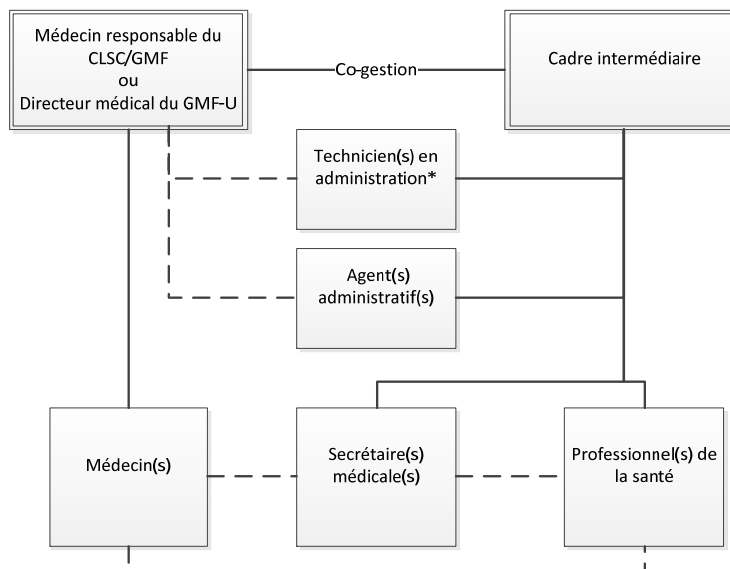
Environnement favorable – articles 19 à 22

ANNEXE II – ORGANIGRAMME ET DESCRIPTIONS DE TÂCHES

Principes généraux - Organisation hiérarchique et fonctionnelle en CLSC/GMF-U (UMF)

- 1° Cogestion systématique : le médecin responsable du CLSC/GMF ou le directeur médical du GMF-U est en partenariat avec le cadre intermédiaire concernant les décisions stratégiques, organisationnelles et fonctionnelles du CLSC/GMF-U (UMF) ;
- 2° Le cadre intermédiaire est le supérieur hiérarchique de tous les employés du CI(U)SSS (professionnels de la santé, personnel administratif et technique) ;
- 3° Le médecin responsable du CLSC/GMF ou le directeur médical du GMF-U assure la coordination des activités de l'ensemble des médecins de famille ;
- 4° En cogestion, le médecin responsable du CLSC/GMF ou le directeur médical du GMF-U et le cadre intermédiaire sont les supérieurs fonctionnels de l'ensemble des membres de l'équipe clinique ;
- 5° L'agent(e) administratif (ive) assiste le médecin responsable du CLSC/GMF ou le directeur médical du GMF-U et le cadre intermédiaire (en cogestion) dans les tâches spécifiquement administratives ;
- 6° La technicienne ou le technicien en administration supporte l'équipe clinique dans les tâches administratives ;
- 7° En soutien au cadre intermédiaire, un chef d'équipe peut être nommé afin d'effectuer la coordination des tâches et des processus de l'équipe administrative ;
- 8° La secrétaire médicale doit être systématiquement remplacée pour tout absence et ce, à compter du 1^{er} jour ;
- 9° Arrimage avec le cadre de gestion GMF-U et le Programme GMF :
 - a. Cadre de gestion GMF-U :
 - i. le soutien administratif GMF-U est substitué par celui identifié en CLSC ;
 - ii. des ressources professionnelles sont attribuées (personnel infirmier et agent(s) d'amélioration continue de la qualité).
 - b. Programme GMF :
 - i. le financement du soutien administratif (budget de fonctionnement) en GMF s'ajoute à celui identifié en CLSC ;
 - ii. des ressources professionnelles (personnel infirmier, travailleur social, pharmacien et autres professionnels de la santé) s'ajoutent au soutien administratif.

Proposition d'organigramme hiérarchique et fonctionnel en CLSC/GMF-U (UMF)



*Le technicien en administration peut assumer le rôle de chef d'équipe

Lien fonctionnel: - - - - -

Lien hiérarchique: _____

Guide d'intégration du personnel en CLSC/GMF-U (UMF)

Agente administrative

Agent administratif

LA DESCRIPTION EXHAUSTIVE DES TÂCHES AINSI QUE LES BESOINS ET LA STRUCTURE DE POSTE REQUIS DOIVENT ÊTRE CONVENUS ENTRE LE MÉDECIN RESPONSABLE DU CLSC/GMF OU LE DIRECTEUR MÉDICAL DU GMF-U ET LE CI(U)SSS EN RESPECTANT LA DISPONIBILITÉ DE LA MAIN-D'ŒUVRE ET CONFORMÉMENT AUX RÈGLES DE CONVENTIONS COLLECTIVES EN VIGUEUR DANS L'ÉTABLISSEMENT.

LA CLASSE D'EMPLOI ET LE SECTEUR SONT À DÉTERMINER SELON LES FONCTIONS DU POSTE.

Activités en CLSC/GMF-U (UMF)

La personne qui occupe la fonction d'agent(e) administratif (ive) assiste les membres de l'équipe clinique dans leurs fonctions administratives et professionnelles en accomplissant un ensemble de tâches de différentes natures. Elle joue un rôle primordial en soutenant le cadre intermédiaire dans la gestion du volet informatique, organisationnel et administratif du CLSC ou du GMF-U (UMF). Elle s'occupe également de tâches relatives au secrétariat, à l'utilisation de la bureautique ainsi qu'à l'évaluation et au traitement de dossiers ou de données nécessitant des connaissances particulières.

En collaboration avec l'équipe clinique, la personne qui occupe la fonction d'agent(e) administratif (ive) est responsable de :

- l'organisation des rencontres internes avec l'ensemble des membres de l'équipe clinique ou des comités médicoadministratifs (ex : réservation de salle, envoi invitation, préparation de la documentation) ;
- effectuer la rédaction de compte rendu des rencontres ;
- gérer les horaires de travail, en assurer le suivi et apporter les modifications s'il y a lieu avec l'autorisation du supérieur ;
- développer des outils de travail pertinents pour faciliter les suivis (ex : tableaux, grilles, documents) ;
- effectuer le suivi des absences et en effectuant les appels de remplacements ;
- tenir à jour les registres (ex : registre des visites, temps supplémentaire, registre des achats, registre de rappel, etc.) ;
- effectuer la saisie de toutes statistiques relatives à son travail en comptabilisant diverses données selon l'échéance convenue ;
- maintenir l'ordre dans les dossiers de son secteur d'activités, en les classant selon une méthode préétablie ;
- maintenir l'inventaire du matériel de bureau et des divers formulaires, en procédant aux commandes et en effectuant le classement lors de la réception ;
- assurer la réception du courrier, le trier et l'acheminer à qui de droit ;
- gérer les réservations des locaux et des bureaux ;
- veiller à la transmission de toutes communications internes (ex : finances, immobilisations, informatique) ou externes (ex : MSSS, RAMQ) ;
- effectuer d'autres tâches connexes au besoin : gérer petite caisse et coffre-fort, compléter divers formulaires, produire des documents.

Quelques exemples de compétences attendues :

- avoir de l'entregent, faire preuve de diplomatie et de discrétion, en raison de la nature du travail et de la confidentialité des dossiers ;
- posséder un très bon sens de l'organisation et des responsabilités, être autonome et en mesure de travailler sous pression ;
- faire preuve d'un bon jugement, de précision et de rigueur ;
- avoir un bel esprit d'équipe ;
- posséder une excellente maîtrise de la langue française parlée et écrite ;
- posséder une excellente maîtrise des logiciels Word, Excel, Lotus notes, PowerPoint, et tout autre logiciel utilisé dans un environnement Windows.

Règles générales de dotation d'un poste ou d'affectation temporaire (remplacement) du personnel qui travaille en CLSC/GMF-U (UMF)

Voici quelques éléments importants à retenir en lien avec le processus de dotation d'un poste vacant ou d'un remplacement :

- le cadre intermédiaire du CI(U)SSS est responsable du processus de dotation ou d'affectation temporaire;
- le directeur médical est appelé à collaborer à différentes étapes du processus de dotation ou d'affectation temporaire notamment pour :
 - l'identification du besoin ;
 - l'identification du profil de compétences requises ;
 - l'élaboration de la description de tâches ;
 - l'identification des exigences du poste ;
 - la sélection s'il y a lieu (ex : entrevue) ;
 - l'accueil, l'orientation et l'intégration dans le GMF-U ;
 - l'appréciation en période de probation ;
 - l'appréciation de la contribution annuelle ;
- le directeur médical est responsable d'élaborer et faire connaître à ce personnel, les politiques et procédures du CLSC/GMF-U (UMF) ;
- ce personnel est syndiqué et soumis à la convention collective en vigueur.

Guide d'intégration du personnel en CLSC/GMF-U (UMF)

Secrétaire médicale

LES BESOINS ET LA STRUCTURE DE POSTE REQUIS DOIVENT ÊTRE CONVENUS ENTRE LE MÉDECIN RESPONSABLE DU CLSC/GMF OU LE DIRECTEUR MÉDICAL DU GMF-U ET LE CI(U)SSS EN RESPECTANT LA DISPONIBILITÉ DE LA MAIN-D'ŒUVRE ET CONFORMÉMENT AUX RÈGLES DE CONVENTIONS COLLECTIVES EN VIGUEUR DANS L'ÉTABLISSEMENT.

Activités en CLSC/GMF-U (UMF)

La personne qui occupe la fonction de secrétaire médicale assiste les membres de l'équipe clinique dans leurs fonctions professionnelles en accomplissant un ensemble tâches de différentes natures. Elle est la plaque tournante de l'équipe clinique et l'interlocuteur privilégié des médecins et des patients inscrits. Elle a pour objectif d'organiser au mieux la planification demandée par le médecin de famille dans le suivi longitudinal de ses patients et doit être dédiée spécifiquement à l'équipe clinique.

En collaboration avec l'équipe clinique, la personne qui occupe la fonction de secrétaire médicale est responsable de :

- assurer l'accueil, l'enregistrement et l'inscription des patients;
- assurer la réception des appels téléphoniques;
- fixer et confirmer au besoin les rendez-vous chez le médecin et pour les prélèvements et examens, le cas échéant;
- faire l'ouverture des dossiers médicaux ;
- procéder à la gestion des dossiers des patients (ouverture, fermeture, contenu requis);
- acheminer aux médecins les résultats d'examens diagnostiques ou tout autre document (incluant le courrier) ;
- assurer les suivis appropriés concernant les demandes de consultation, les prélèvements, les retraits préventifs, l'identification des formulaires d'assurance, l'administration de tous les services non assurés ;
- envoyer toute demande d'examen aux divers établissements concernés ;
- gérer les plages de rendez-vous en fonction des horaires des médecins et des résidents ;
- participer activement à l'implantation, à la mise en œuvre et au fonctionnement de l'accès adapté;
- classer les documents cliniques et les rapports de son service selon la procédure établie ;
- vérifier et s'assurer de la conformité des dossiers selon la procédure établie ;
- veiller à ce que l'équipe clinique ait en mains les dossiers médicaux et autres documents pertinents.

Quelques exemples de compétences attendues :

- avoir un souci constant du service à la clientèle ;
- avoir de l'entregent, faire preuve de diplomatie et de discrétion, en raison de la nature du travail et de la confidentialité des dossiers ;
- posséder un très bon sens de l'organisation et des responsabilités, être autonome et en mesure de travailler sous pression ;
- faire preuve d'un bon jugement, de précision et de rigueur ;
- avoir un bel esprit d'équipe ;
- la secrétaire médicale doit également posséder une bonne connaissance de la terminologie médicale ;
- posséder une excellente maîtrise de la langue française parlée et écrite ;
- posséder une excellente maîtrise des logiciels Word, Excel, Lotus notes, PowerPoint, et tout autre logiciel utilisé dans un environnement Windows.

Règles générales de dotation d'un poste ou d'affectation temporaire (remplacement) du personnel qui travaille en CLSC/GMF-U (UMF)

Voici quelques éléments importants à retenir en lien avec le processus de dotation d'un poste vacant ou d'un remplacement:

- le cadre intermédiaire du CI(U)SSS est responsable du processus de dotation ou d'affectation temporaire;
- le directeur médical est appelé à collaborer à différentes étapes du processus de dotation ou d'affectation temporaire notamment pour :
 - l'identification du besoin;
 - l'identification du profil de compétences requises;
 - l'élaboration de la description de tâches;
 - l'identification des exigences du poste;
 - la sélection s'il y a lieu (ex : entrevue);
 - l'accueil, l'orientation et l'intégration dans le GMF-U;
 - l'appréciation en période de probation;
 - l'appréciation de la contribution annuelle;
- le directeur médical est responsable d'élaborer et faire connaître à ce personnel, les politiques et procédures du CLSC/GMF-U (UMF);
- ce personnel est syndiqué et soumis à la convention collective en vigueur.

Guide d'intégration du personnel en CLSC/GMF-U (UMF)

Technicienne ou technicien en administration

LES BESOINS ET LA STRUCTURE DE POSTE REQUIS POUR LE PERSONNEL DE SOUTIEN DOIVENT ÊTRE CONVENUS ENTRE LE MÉDECIN RESPONSABLE DU CLSC/GMF OU LE DIRECTEUR MÉDICAL DU GMF-U ET LE CI(U)SSS EN RESPECTANT LA DISPONIBILITÉ DE LA MAIN-D'ŒUVRE ET CONFORMÉMENT AUX RÈGLES DE CONVENTIONS COLLECTIVES EN VIGUEUR DANS L'ÉTABLISSEMENT.

Activités en CLSC/GMF-U (UMF)

La personne qui occupe cette fonction de technicienne ou technicien en administration assiste les membres de l'équipe clinique en effectuant des travaux liés à la gestion du personnel, à la gestion financière, à l'organisation du travail et à la planification de travaux complexes à caractère administratif en faisant la cueillette et l'analyse de données. Elle joue un rôle primordial en soutenant le cadre intermédiaire dans la gestion du volet informatique, organisationnel et administratif du CLSC ou du GMF-U (UMF). Elle peut aussi être amenée à occuper des fonctions de chef de l'équipe administrative.

En collaboration avec l'équipe clinique, la personne qui occupe cette fonction est responsable de :

- produire divers rapports comptables, en exécutant les tâches relatives à la facturation et en assurer le suivi (à l'exclusion de la facturation médicale) ;
- analyser des données statistiques et de produire différents rapports demandés ;
- collaborer au processus de dotation, d'accueil et d'intégration des nouveaux employés ;
- soutenir l'équipe clinique dans l'utilisation du système informatique (ex : dossier médical électronique) ;
- coordonner les formations des résidents, des médecins de famille et des professionnels de la santé ;
- mettre à jour le site Internet ;
- assurer un soutien à l'implantation des processus, leur pérennité et la mesure des résultats (ex : accès adapté) ;
- dans le cas d'un CLSC ayant une reconnaissance GMF ou d'un GMF-U, le personnel de soutien clérical – volet technique s'occupe notamment de la gestion des inscriptions GMF et de la gestion du financement lié au Programme GMF.

Quelques exemples de compétences attendues :

- avoir de l'entregent, faire preuve de diplomatie et de discrétion, en raison de la nature du travail et de la confidentialité des dossiers ;
- posséder un très bon sens de l'organisation et des responsabilités, être autonome et en mesure de travailler sous pression ;
- faire preuve d'un bon jugement, de précision et de rigueur ;
- avoir un bel esprit d'équipe ;
- posséder une excellente maîtrise de la langue française parlée et écrite ;
- posséder une excellente maîtrise des logiciels Word, Excel, Lotus notes, PowerPoint, et tout autre logiciel utilisé dans un environnement Windows.

La personne titulaire du poste peut aussi assumer les fonctions de chef de l'équipe administrative au besoin. À cet égard, il est responsable de :

- coordonner l'équipe administrative (services de réception, admission et archives ainsi que du personnel de secrétariat médical) en effectuant la répartition des tâches et des mandats ;
- préparer les horaires de travail ;
- évaluer les tâches du personnel de l'équipe administrative afin de s'assurer de la répartition efficace du travail ;
- évaluer les processus et met à jour les procédures en place afin d'optimiser le service ;
- assurer un soutien technique à l'équipe en place.

Règles générales de dotation d'un poste ou d'affectation temporaire (remplacement) du personnel qui travaille en CLSC/GMF-U (UMF)

Voici quelques éléments importants à retenir en lien avec le processus de dotation d'un poste vacant ou d'un remplacement:

- le cadre intermédiaire du CI(U)SSS est responsable du processus de dotation ou d'affectation temporaire;
- le directeur médical est appelé à collaborer à différentes étapes du processus de dotation ou d'affectation temporaire notamment pour :
 - l'identification du besoin;
 - l'identification du profil de compétences requises;
 - l'élaboration de la description de tâches;
 - l'identification des exigences du poste;
 - la sélection s'il y a lieu (ex : entrevue);
 - l'accueil, l'orientation et l'intégration dans le GMF-U;
 - l'appréciation en période de probation;
 - l'appréciation de la contribution annuelle;
- le directeur médical est responsable d'élaborer et faire connaître à ce personnel, les politiques et procédures du CLSC/GMF-U (UMF);
- ce personnel est syndiqué et soumis à la convention collective en vigueur.

ANNEXE III

Quantification des ressources attribuées en CLSC/GMF-U (UMF) en fonction du nombre de patients inscrits*

Nb d'inscriptions	Cadre intermédiaire	Agent administratif	Technicien en administration	Secrétaire médicale
	Depuis la mise en vigueur du PL10, les établissements sont tenus de respecter un taux d'encadrement global. Ce taux est variable d'un établissement à l'autre.	0,5 ETP ≤ 5999 1 ETP ≥ 6000	0,5 ETP/6000 Max. 2 ETP Chef d'équipe : ≥ 7 ETP à coordonner	1 ETP ≤ 2999 2 ETP/3000 à 5999 2,5 ETP/6000 à 8999 Ajout d'un ETP/3000 suppl.
≤ 2999		0,5	---	1
3000 à 5999		0,5	---	2
6000 à 8999		1	0,5	2,5
9000 à 11 999		1	0,5	3,5
12 000 à 14 999		1	1	4,5
15 000 à 17 999		1	1	5,5
18 000 à 20 999		1	1,5	6,5
21 000 à 23 999		1	1,5	7,5
≥ 24 000		1	2	8,5

* L'inscription de la clientèle est pondérée lorsque le CLSC ou l'UMF adhère au programme GMF.