

**Plan d'amélioration de l'accessibilité, des conditions  
de pratique et de l'organisation des services médicaux**

**Le coordonnateur médical des services de première ligne  
et  
Le guichet d'accès pour la clientèle orpheline**

**Guide de gestion**

**Juillet 2008**

**MSSS/FMOQ**

## Table des matières

|   |   |
|---|---|
| <b>Introduction</b> .....   | 3 |
| <b>1. Le coordonnateur médical des services de première ligne</b> ..... | 4 |
| <b>2. Guichet d'accès pour la clientèle orpheline</b> .....             | 6 |

## Introduction

Dans le cadre de l'application de la mesure numéro 4 du « Plan d'amélioration de l'accessibilité, des conditions de pratique et de l'organisation des services médicaux », qui vise la nomination d'un coordonnateur médical par territoire de centres de santé et de services sociaux (CSSS), la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec et le ministère de la Santé et des Services sociaux ont préparé à l'intention des départements régionaux de médecine générale (DRMG) et des CSSS, un **guide de gestion** pour l'application de cette mesure.

Ce guide apporte des précisions sur les modalités d'application relatives aux dispositions conventionnelles contenues à « l'Entente particulière relative aux services de médecine de famille de prise en charge et de suivi de clientèle ». Il est divisé en deux volets :

1. Le coordonnateur médical des services de première ligne ;
2. Le guichet pour la clientèle orpheline.

Rappelons que le « Plan d'amélioration de l'accessibilité, des conditions de pratique et de l'organisation des services médicaux » a pour objectif :

- D'assurer l'accès à un médecin de famille ;
- D'améliorer l'accès aux services des médecins omnipraticiens dans les établissements du réseau ;
- De renforcer la continuité et la coordination des soins dispensés par les médecins omnipraticiens ;
- De soutenir le travail en interdisciplinarité ;
- D'intégrer des pratiques cliniques préventives optimales ;
- De soutenir les médecins enseignants et les médecins chercheurs.

## **1. Le coordonnateur médical des services de première ligne**

Comme prévu à « l'Entente particulière relative aux services de médecine de famille de prise en charge et de suivi de clientèle », sous l'autorité du DRMG et dans le cadre du réseau local de services de santé et de services de son territoire, le coordonnateur médical, en lien avec le CSSS, collabore à l'organisation et à la coordination des services médicaux de première ligne.

Il est nommé par le DRMG après recommandation de l'exécutif du Conseil des médecins dentistes et pharmaciens du CSSS.

Selon les priorités déterminées par le DRMG et le CSSS, il assume les fonctions suivantes :

- Il collabore à la mise sur pied et au fonctionnement du guichet unique pour la prise en charge des clientèles orphelines selon les priorités cliniques établies et pour le suivi requérant une prise en charge rapide du patient à la suite d'un séjour en hospitalisation ;
- Il assure la liaison entre le CSSS et les médecins des groupes de médecine de famille (GMF), des cliniques-réseau, des unités de médecine familiale, des CLSC et des cabinets du territoire;
- Il participe à la création de mécanismes favorisant une coordination efficace entre les services médicaux de première ligne, de deuxième ligne ainsi que les services médicaux spécialisés (plateau diagnostique et thérapeutique).
- Il facilite le fonctionnement des réseaux de services médicaux de première ligne particulièrement en regard de l'organisation d'une garde locale, du partage de l'offre de service pour les heures défavorables, des services diagnostiques accessibles aux médecins omnipraticiens et à la définition des projets cliniques sur son territoire.

### **Activités spécifiques**

Voici, à titre indicatif, les activités relatives à la fonction de coordonnateur médical, ou du médecin qui le remplace ou qui l'assiste. D'autres activités peuvent être ajoutées en fonction des particularités de l'organisation des services du territoire.

- Répertorier l'ensemble des ressources des médecins de la 1<sup>re</sup> ligne sur le territoire ;

- Rencontrer les médecins de la 1<sup>re</sup> ligne pour expliquer le mandat du coordonnateur médical et les modalités relatives au guichet d'accès pour la clientèle orpheline ;
- Évaluer avec les instances du CSSS du territoire selon les priorités cliniques établies, les besoins de prise en charge des clientèles orphelines et celles nécessitant une accessibilité médicale de moins de 72 heures avec ou sans prise en charge ;
- Évaluer avec les médecins de la 1<sup>re</sup> ligne leur disponibilité à répondre à la prise en charge des clientèles ;
- Établir avec les médecins de la 1<sup>re</sup> ligne une procédure de référence et de répartition de la clientèle ;
- Travailler en collaboration avec le Directeur de la santé publique et les différents chefs de département du CSSS pour assurer une liaison efficace entre les 1<sup>re</sup> et 2<sup>e</sup> lignes et l'accès aux plateaux diagnostiques ;
- Soutenir au quotidien le processus de référence de la clientèle orpheline référée par le guichet d'accès aux médecins de la 1<sup>re</sup> ligne ;
- Intervenir au besoin auprès des instances du CSSS et des médecins de la 1<sup>re</sup> ligne pour faciliter la prise en charge de la clientèle ;
- Participer à l'élaboration de politiques et de procédures avec les instances du CSSS pour la référence de la clientèle orpheline aux médecins de 1<sup>re</sup> ligne ;
- Superviser la mise en œuvre du guichet d'accès pour la clientèle orpheline avec les instances du CSSS ;
- Développer des indicateurs d'évaluation du mécanisme de référence en 1<sup>re</sup> ligne ;
- Développer un outil (tableau de bord) permettant de suivre de façon quotidienne le processus de référence à la 1<sup>re</sup> ligne (nombre de patients en attente de prise en charge en fonction de la priorité clinique, nombre de patients pris en charge) ;
- Informer régulièrement le CSSS et le DRMG du bilan des données et des références ;

- Proposer des alternatives à la prise en charge selon la cueillette d'information et les disponibilités locales de ressources ;
- Participer aux différents comités du CSSS qui auraient des impacts sur le processus de référence à la 1<sup>re</sup> ligne ou sur l'accessibilité des services ;
- Évaluer les besoins de référence aux ressources spécialisées et de soutien diagnostique des médecins de la 1<sup>re</sup> ligne ;
- Collaborer à la prise en charge de la clientèle à la suite d'un départ prévu ou imprévu d'un médecin omnipraticien.

## **2. Guichet d'accès pour la clientèle orpheline**

Au début de l'année 2007, la Direction de l'accessibilité aux services médicaux (DASM) du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a demandé aux agences d'entreprendre un processus d'orientation de la clientèle orpheline. Cette demande s'inscrit dans l'ensemble des orientations mises sur pied ou encouragées par la DASM (groupes de médecine de famille (GMF), clinique réseau (CR), regroupement de cliniques, participation des médecins aux projets cliniques) pour renforcer le support à l'organisation des services en omnipraticien dans les territoires et l'amélioration de l'accès à ces services pour la population. Dans le cadre de cette démarche, la Direction des affaires médicales de toutes les agences ainsi que les départements régionaux de médecine générale (DRMG) ont été amenés à définir une modalité d'accès pour cette clientèle en lien avec les centres de santé et de services sociaux (CSSS). Cette démarche supposait certaines étapes :

1. Identifier et publiciser un guichet d'accès et une personne responsable de l'identification de la clientèle à la recherche d'un médecin de famille ;
2. Identifier les critères de priorisation de la clientèle orpheline ;
3. Tenir un registre des demandes et des références ;
4. Répartir la prise en charge des clients selon le besoin clinique en collaboration avec les médecins des territoires.

À la suite d'une consultation des régions concernant l'état d'avancement des travaux relatifs à la prise en charge de la clientèle orpheline, nous constatons la pertinence de créer une standardisation des processus régionaux et des critères d'évaluation de la clientèle pour fin de comparaison entre les régions et d'harmonisation des modalités d'accès aux médecins de famille pour la population québécoise.

### **PRINCIPES DIRECTEURS**

Dans le but d'uniformiser un système de priorisation adaptable à l'ensemble des régions, certains

principes orientent la démarche<sup>1</sup>:

- La prise en charge de clientèles orphelines s'inscrit dans la responsabilité populationnelle des CSSS en lien avec la responsabilité du DRMG en matière d'organisation des services médicaux de première ligne. Une meilleure prise en charge devrait entraîner la diminution des consultations répétitives à l'urgence et la diminution des durées de séjour au centre hospitalier (CH). Certains CSSS ont affecté des infirmières en assignation temporaire (CSST) ou en retrait préventif aux tâches de réception des demandes. Cette façon de faire, en plus d'être efficiente en matière de gestion des ressources humaines et de SST, semble être un bon moyen de diffuser et d'affermir les liens CSSS-omnipraticiens du territoire.
- Chaque CSSS doit identifier à l'intérieur de sa structure, ou en collaboration avec ses partenaires réseaux, un mécanisme de réception et de traitement des demandes en lien avec une évaluation de la condition de santé des clients lorsque la situation le requiert. Par la suite, un processus d'orientation de la clientèle doit être prévu en fonction du lieu de résidence de la personne, de sa condition de santé et de la disponibilité des effectifs médicaux sur le territoire. Des objectifs clairs reliés à la prise en charge doivent être énoncés par les intervenants du milieu et suivis régulièrement par l'agence (nombre de patients pris en charge par priorité et par période donnée). Ces indicateurs seraient, ultimement, intégrés aux ententes de gestion.
- Les critères identifiés par ce document ne sont pas exhaustifs et ne se substituent pas au jugement clinique du médecin traitant. Néanmoins, ils permettent de guider les médecins en suggérant des repères cliniques.
- Les critères de vulnérabilité identifiés par la Régie de l'assurance-maladie du Québec (RAMQ) en lien avec la rémunération sont des éléments à prendre en considération lorsqu'on évalue l'état de santé d'une personne. Par contre, ces seuls critères de vulnérabilité ne sont pas suffisants pour justifier ou pour prioriser le degré d'urgence relatif à la prise en charge d'une clientèle.

## ÉVALUATION

Une évaluation téléphonique est nécessaire avec possibilité d'une évaluation en vis-à-vis par un professionnel de la santé tel qu'une infirmière clinicienne. Cette évaluation doit tenir compte des antécédents médicaux et chirurgicaux, du nombre de pathologies concomitantes et de leur degré de sévérité (lien avec données cliniques récentes). À la suite du cumul des informations, l'évaluation des priorités est sous la responsabilité du DRMG, des médecin du territoire (tables médicales territoriales) ou du coordonnateur médical.

L'utilisation d'ordonnances collectives sur l'initiation de mesures diagnostiques permettrait d'avoir des données à jour avant la première visite médicale et permettrait de compléter la validation de l'urgence de prise en charge.

### **P0 : Personne ayant besoin d'une accessibilité médicale dans un délai de 72 heures**

---

<sup>1</sup> Les principes qui sous-tendent ce document sont basés sur le recensement des données des régions sur le dossier des clientèles orphelines ainsi que sur les travaux entourant le document « Liens Info-Santé-GMF » paru en octobre 2006.

Cette priorité est prévue pour les patients orphelins ou non dont l'état de santé nécessite une accessibilité médicale ponctuelle avec ou sans prise en charge médicale à long terme. Les demandes de délai de 72 heures s'adressent principalement aux patients en post-hospitalisation. Pour ces cas précis, la référence au médecin de première ligne sera souvent faite par le coordinateur médical local directement plutôt que par l'infirmière du guichet d'accès. De plus, les alternatives, en CSSS et CH, à la référence en première ligne devraient être exploitées: hôpital de jour, cliniques spécialisées, cliniques de relance, etc. Lorsqu'un patient est référé au médecin de première ligne, la référence doit être accompagnée de l'information pertinente (rapport du spécialiste ou de l'omni, résultats d'investigation joints et suivi attendu).

**P1 : Personne ayant besoin d'une prise en charge médicale immédiate (moins de 30 jours)**

Les personnes en perte d'autonomie, temporaire ou permanente, qui ont des problèmes de santé nécessitant des soins médicaux complexes et immédiats.

*Exemples :*

- *Personnes âgées en perte d'autonomie sévère à domicile ;*
- *Personnes présentant des pathologies complexes qui, sans être en perte d'autonomie sévère à domicile, sont à haut risque de décompensation ou de déstabilisation : clients atteints de maladies cardiaques chroniques classes 3 et 4 de la New-York Heart Association, clients atteints de maladies pulmonaires chroniques aux grades 4 et 5 de l'échelle du Conseil médical de la recherche du Canada, clients atteints de démence à un stade équivalent aux stades 6 et 7 de l'échelle de Reisberg ;*
- *Clientèle utilisant un appareillage de fine pointe nécessitant une assistance technique à domicile ;*
- *Soins palliatifs à domicile ;*
- *Clientèle postopératoire d'une chirurgie majeure ;*
- *Personne présentant une ou des pathologies nécessitant des épisodes de soins aigus répétés ;*
- *Tout autre client jugé admissible par le médecin traitant, par exemple : clients atteints de pathologies multiples, clients en postopératoire, clients avec hospitalisations fréquentes et clients atteints de maladies psychiatriques à haut risque de déstabilisation.*

**P2 : Personne ayant besoin d'une prise en charge à court terme (délai de 30 jours à 3 mois)**

Les personnes ayant une condition de santé particulière ou à risque, permanente ou temporaire, nécessitant une prise en charge en première ligne pour éviter le recours à l'urgence ou à l'hospitalisation.

*Exemples :*

- *Clientèle à médication multiple ;*
- *Patients atteints de maladie(s) chronique(s) non contrôlée(s) ;*
- *Patients atteints d'un trouble de santé mentale non contrôlé ;*
- *Personnes à risque de décompensation ou dont l'état de santé est instable ;*

- *Personnes s'étant présentées à plusieurs occasions à l'urgence pour la même pathologie ;*
- *Femmes enceintes pour une prise en charge au premier trimestre (pour l'épisode du suivi de grossesse).*

**P3 : Personne ayant besoin d'une prise en charge à moyen terme (3 à 6 mois)**

Les personnes ayant un problème de santé connu mais contrôlé, pour laquelle une prise en charge médicale est requise pour favoriser le maintien de la condition de santé et la prévision des complications.

*Exemples :*

- *Personnes avec une ou plusieurs maladie(s) chronique(s) contrôlée(s) ;*
- *Personnes avec un historique médical lourd, mais une condition de santé stabilisée.*

**P4 : Personne ayant besoin d'une prise en charge non-urgente (entre 6 mois et 1 an)**

Pour les personnes n'ayant pas de problème de santé connu, mais dont l'état de santé pourrait nécessiter un suivi annuel régulier.

- *Les personnes en bonne santé ayant besoin de soins de santé ponctuels non urgents, par exemple pour un renouvellement de prescription, un vaccin ou un conseil.*
- *Personnes à risque de développer une maladie (antécédents familiaux).*

**P-5 : Toutes clientèles**

Pour les personnes en bonne santé n'ayant pas de problème de santé connu.

**ORIENTATION**

Pour ce qui est des modalités d'orientation de la clientèle orpheline et des registres de demandes de prise en charge, ces données devraient être classées et conservées pour fin de suivi. Le MSSS travaille actuellement à l'élaboration d'un outil informatique pouvant soutenir le processus d'orientation pour la clientèle orpheline.

La clientèle orpheline est une problématique qui touche tous les partenaires du réseau local, c'est-à-dire les groupes de médecine de famille (GMF), les cliniques-réseau, les CSSS et les cliniques médicales privées. Ainsi, chaque médecin devrait pouvoir identifier sa disponibilité à prendre en charge la clientèle.

La mise en place de cette démarche repose sur l'accessibilité fluide pour les omnipraticiens aux services diagnostiques et spécialisés et sur l'organisation d'équipes traitantes multidisciplinaires. L'utilisation d'un guichet d'accès jumelée à la disponibilité exprimée par les effectifs médicaux permettraient une meilleure trajectoire pour accéder à la prise en charge. De plus, le guichet doit permettre d'évaluer la possibilité d'offrir des alternatives à la prise en charge par la cueillette d'informations et le registre des

disponibilités locales :

Par exemple :

- *Obstétrique : (sages-femmes, gynécologues-obstétriciens en sus des omnipraticiens) ;*
- *Pédiatrie : (pédiatres, pédo-psychiatres, équipes A-E-O et de première ligne) ;*
- *Traitement des maladies chroniques : programmes de suivis systématiques existants ;*
- *Problématiques infectieuses aiguës : accès aux cliniques-réseau ou aux cliniques sans rendez-vous ;*
- *Examens de permis de conduire : des cliniques peuvent accepter des références sur certaines plages horaires ;*
- *Oxygénothérapie : programme d'inhalothérapie ;*
- *Dialyse péritonéale : infirmières spécialisées.*

Extrait de "l'Entente particulière relative aux services de médecine de famille,  
de prise en charge et de suivi de clientèle

21  
B) **Organisation et coordination des services de première ligne** : sous l'autorité du DRMG et dans le cadre du réseau local de services de santé et de services de son territoire, le médecin coordonnateur local, en lien avec le CSSS, collabore à l'organisation et à la coordination des services médicaux de première ligne du territoire en cause.

Le coordonnateur médical local est nommé par le DRMG après recommandation de l'exécutif du CMDP du CSSS.

Selon les priorités déterminées par le DRMG et le CSSS, le médecin coordonnateur assume les fonctions suivantes :

- Il collabore à la mise sur pied et au fonctionnement du guichet unique pour la prise en charge des clientèles orphelines selon les priorités cliniques établies et pour le suivi requérant une prise en charge rapide du patient à la suite d'un séjour en hospitalisation ;
- Il assure la liaison entre le CSSS et les médecins des GMF, des cliniques-réseau, des UMF, des CLSC et des cabinets du territoire ;
- Il participe à la création de mécanismes favorisant une coordination efficace entre les services médicaux de première ligne, de deuxième ligne ainsi que les services médicaux spécialisés (plateau diagnostique et thérapeutique) ;
- Il facilite le fonctionnement des réseaux de première ligne particulièrement en regard de l'organisation d'une garde locale, du partage de l'offre de services pour les heures défavorables, des services diagnostiques accessibles aux médecins omnipraticiens et de la définition des projets cliniques sur son territoire.

Le coordonnateur médical local est rémunéré pour les semaines pendant lesquelles il assume les fonctions décrites ci-dessus selon une formule de rémunération à l'acte prévoyant le paiement d'un ou plusieurs forfaits hebdomadaires. Les modalités suivantes s'appliquent :

- 1) Le montant du forfait hebdomadaire est de 55.70\$ à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2008 et de 59,65\$ à compter du 1<sup>er</sup> avril 2009 ;
- 2) Le médecin coordonnateur peut être assisté ou remplacé par un autre médecin. Toutefois, le médecin qui assume la fonction de coordonnateur médical local doit se prévaloir d'au moins 35% du nombre de forfaits alloué pour le territoire du CSSS ;

Le DRMG transmet à la Régie les noms du médecin coordonnateur de son territoire et de chaque médecin remplaçant ou assistant ;

- 3) Sous réserve de l'alinéa 8) ci-dessous, un nombre de forfaits est alloué pour chaque territoire de CSSS selon le groupe auquel il appartient en vertu d'une classification basée sur les caractéristiques de la population du territoire selon les critères déterminés par le comité paritaire ;
- 4) Le nombre de forfaits alloué, par année, pour chacun des groupes est le suivant :

| Groupe auquel appartient le territoire | Nombre de forfaits pour la période d'implantation soit du 1 <sup>er</sup> juillet 2008 au 31 mars 2009 | Nombre de forfaits sur une base régulière à compter du 1 <sup>er</sup> avril 2009 |
|--|--|---|
| Groupe 1                               | 1 044  | 954   |
| Groupe 2                               | 859  | 787   |
| Groupe 3                               | 707  | 653   |
| Groupe 4                               | 573  | 536   |

- 5) L'annexe III fait état du groupe auquel chacun des territoires de CSSS appartient.
- 6) Aux fins de l'application des dispositions du présent paragraphe, pour le médecin qui ne détient pas de nomination du CSSS, la présente entente particulière tient lieu des nomination et autorisation permettant au médecin d'être rémunéré ;
- 7) Le comité paritaire peut, selon les critères qu'il détermine, exclure certains territoires de CSSS ne comptant pas ou comptant peu de médecins qui pratiquent en cabinet privé de l'application des dispositions du présent paragraphe ayant trait à la désignation et à la rémunération du coordonnateur médical local.

## LETTRE D'ENTENTE N° 195

Concernant le suivi de l'article 5 de l'Entente intervenue entre le ministère de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec dans le cadre de l'application de la Lettre d'entente N° 138 (ci-après « l'entente »)

**CONSIDÉRANT** que l'article 5 de l'entente précitée ci-dessus prévoit qu'une somme récurrente de 10 M\$ doit s'ajouter à l'enveloppe budgétaire globale afin d'expérimenter de nouveaux modèles de services médicaux en première ligne, dont une première tranche de 5 M\$ devait être versée dès 2007-2008 et une deuxième tranche de 5 M\$ en 2008-2009 ;

**CONSIDÉRANT** que les parties ne seront pas en mesure d'implanter ces nouveaux modèles dans les délais requis pour la première tranche de 5 M\$ qui était prévue pour 2007-2008 ;

**CONSIDÉRANT** que la première tranche de 5 M\$ qui était prévue pour l'année 2007-2008 doit maintenant être affectée à des mesures non récurrentes relatives à de nouveaux modèles de services médicaux en première ligne et qu'une entente doit être convenue à cet effet en 2007-2008 ;

**CONSIDÉRANT** que l'inscription générale de l'ensemble de la population du Québec sur une base volontaire est une mesure significative qui facilitera la mise en place de nouveaux modèles de services médicaux en première ligne ;

**CONSIDÉRANT** que l'inscription générale est une mesure priorisée par les parties et qu'il y a lieu d'en débiter l'application en 2008-2009 ;

**CONSIDÉRANT** la nécessité de la mise en place d'un guichet unique par territoire de CSSS pour permettre au coordonnateur médical local de prioriser la prise en charge de certaines clientèles ;

**CONSIDÉRANT** que les parties désirent encourager de façon prioritaire l'inscription des patients vulnérables et sans médecin de famille.

### LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. En sus du forfait pour l'inscription générale à être convenu par les parties en vertu de la mesure numéro 1 de l'Entente concernant la Lettre d'entente N° 138 ainsi que les forfaits déjà existants en vertu de l'Entente particulière relative aux services de médecine de famille de prise en charge et de suivi de la clientèle un montant supplémentaire est payable à un médecin suite à l'inscription, avant le 1<sup>er</sup> avril 2010, de chacun des 25 premiers patients vulnérables orphelins priorités et référés par le coordonnateur médical local dans le cadre du mécanisme du guichet unique. Sur recommandation du coordonnateur médical local, le comité paritaire prévu à l'article 32.00 de l'entente générale autorise, pour un médecin, le dépassement de 25 patients.
2. Le coordonnateur médical local de chacun des CSSS informe le comité paritaire de la date à laquelle le CSSS de son territoire est prêt à référer les patients vulnérables orphelins.
3. Le montant supplémentaire est de 100 \$ en cabinet privé et de 75 \$ en CLSC ou en établissement. Il est payé en deux versements égaux de 50 \$ ou de 37,50 \$ selon le lieu, le premier lors de l'inscription et le second à l'occasion d'un examen ou d'une thérapie effectués au moins douze (12) mois suivant l'inscription.
4. Seules les inscriptions effectuées dans les lieux visés pour l'inscription de clientèles vulnérables ou pour l'inscription générale donnent droit aux montants supplémentaires.
5. Le CSSS transmet au médecin prêt à prendre en charge le patient qu'il lui réfère les informations suivantes :

DD  
AB

- La date de référence,
- l'identification du patient,
- son numéro d'assurance maladie,
- les renseignements cliniques pertinents,
- le numéro séquentiel qu'il lui a attribué,
- ainsi que son numéro d'établissement.

L'établissement doit conserver, en tout temps, ces informations ainsi que le nom du médecin qui a accepté la prise en charge du patient.

6. De façon non récurrente, la première tranche de 5 M\$ qui devait être versée dès 2007-2008 conformément aux dispositions de l'article 5 de l'Entente concernant la Lettre d'entente N° 138 est entièrement consacrée au financement de la présente mesure.
7. Au cours de l'année 2009-2010, les parties évaluent la pertinence de prolonger cette mesure au-delà du 31 mars 2010.
8. Cette mesure entre en vigueur le 1<sup>er</sup> septembre 2008 et le demeure jusqu'au 31 mars 2010.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé \_\_\_\_\_

ce \_\_\_\_\_<sup>e</sup> jour de \_\_\_\_\_ 2008.

\_\_\_\_\_  
**PHILIPPE COUILLARD**  
Ministre  
Ministère de la Santé et  
des Services sociaux

\_\_\_\_\_  
**LOUIS GODIN, m.d.**  
Président  
Fédération des médecins  
omnipraticiens du Québec

28  
06