

L'accès en actions

Plan montréalais d'organisation des services médicaux spécialisés et des besoins en effectifs médicaux

Introduction	2
PARTIE 1	2
L'INTERFACE OMNIPRATICIENS- SPÉCIALISTES DANS UN RÉSEAU D'ACCESSIBILITÉ DES SERVICES MÉDICAUX	
Section I	2
La hiérarchisation des services médicaux pour le territoire de la Régie régionale de Montréal-Centre	
Section II	4
L'organisation des services médicaux en lien avec la première ligne	
PARTIE 2	7
LES PRINCIPES DIRECTEURS DEVANT GUIDER LE DÉVELOPPEMENT DU PLAN RÉGIONAL D'ORGANISATION DES SERVICES MÉDICAUX SPÉCIALISÉS ET DES EFFECTIFS MÉDICAUX (PROSEM)	
Section I	7
Objectifs	
Section II	7
Principes directeurs	
Section III	12
L'élaboration d'un cadre méthodologique pour définir les besoins en effectifs médicaux en équivalent temps plein (ETP)	
Section IV	13
La notion de centre hospitalier désigné	
Section V	13
L'approche par spécialité	
Section VI	15
Un modèle d'organisation régionale des services médicaux spécialisés sur une base sous-régionale	

LA SANTÉ ET LE BIEN-ÊTRE DE LA POPULATION MONTRÉLAISE

Un défi collectif à relever

La Régie régionale entreprend une démarche afin de doter Montréal d'un nouveau plan stratégique pour la période allant du printemps 2003 au printemps 2006. C'est pourquoi nous devons identifier, ensemble, nos priorités pour améliorer l'état de santé et de bien-être de la population montréalaise.

À partir des résultats observés au terme du plan 1998-2002 en matière de santé de la population et d'accès aux services, nous aurons à choisir et à mettre en œuvre les solutions les plus appropriées pour permettre de prévenir, de guérir et de soigner plus efficacement. Voilà un grand défi qui nous oblige à faire les bons choix. C'est l'invitation que je lance au milieu montréalais.

Le résultat de cette consultation me permettra de présenter au conseil d'administration de la Régie régionale, en juin prochain, un plan stratégique triennal qui répond à la fois aux particularités d'une métropole comme Montréal et aux priorités nationales fixées pour l'ensemble de la population québécoise.

Je souhaite que ces échanges soient des plus fructueux.



Le président-directeur général
David Levine

Le présent document est le résumé du *Plan montréalais d'organisation des services médicaux spécialisés et des besoins en effectifs médicaux*, un avis de la Commission médicale régionale. Il présente ses principaux éléments. Le lecteur intéressé à en connaître davantage pourra se référer au texte intégral du plan. Les coordonnées complètes figurent à la dernière page. Le lecteur pourra aussi trouver l'ensemble des informations relatives à la démarche de consultation de la Régie régionale sur notre site internet : www.santemontreal.qc.ca





INTRODUCTION

La Commission médicale régionale a pour mandat de conseiller la Régie régionale sur l'organisation et la distribution des services médicaux spécialisés, sur le plan des effectifs médicaux, l'organisation de leur pratique et les modes de rémunération. C'est dans ce contexte qu'a été élaboré le Plan montréalais d'organisation des services médicaux spécialisés et des besoins en effectifs médicaux. Ce plan, qui constitue un avis, sera diffusé aux médecins spécialistes. La Commission médicale régionale souhaite que cet avis fasse l'objet d'une consultation auprès des établissements et des médecins concernés. La contribution des médecins spécialistes est essentielle à la poursuite des objectifs fixés par la Régie régionale, notamment en matière de hiérarchisation des services médicaux, des services médicaux spécialisés en lien avec la première ligne, ceci afin de favoriser la mise sur pied d'une première ligne forte des services médicaux à Montréal.

PARTIE 1 : L'INTERFACE OMNIPRATICIENS-SPECIALISTES DANS UNE RÉSEAU D'ACCESSIBILITÉ DES SERVICES MÉDICAUX

En mai 2001, la Commission médicale régionale convenait de suivre l'avis de la Direction des affaires médicales de se pencher sur un plan régional d'organisation des services médicaux. Deux éléments importants militaient en faveur d'une telle démarche :

- ▶ La création du Département régional de médecine générale et son intention d'organiser un réseau de services médicaux de première ligne fonctionnel.
- ▶ La nécessité d'appuyer les besoins en effectifs médicaux spécialisés sur un plan régional d'organisation de services médicaux spécialisés.

La Commission médicale régionale a d'abord examiné le dossier de la hiérarchisation des services médicaux, puis ce qui en découle, la définition des champs d'exercice de la première, deuxième et troisième lignes pour les médecins omnipraticiens et spécialistes. Ces deux concepts de base permettent, dans un réseau fonctionnel de services médicaux, de s'assurer que la porte d'entrée est l'omnipraticien et que le patient peut voir le bon médecin, au bon endroit, au bon moment pour lui permettre d'avoir accès au bon service.

Enfin, pour être efficace et efficiente, la pratique médicale de première ligne doit pouvoir compter sur l'accessibilité aux techniques diagnostiques et à l'expertise. C'est donc sur cette toile de fond que les balises de l'organisation des services médicaux spécialisés en lien avec la première ligne ont été établies.

Section I - La hiérarchisation des services médicaux pour le territoire de la Régie régionale de Montréal-Centre

I. LES SERVICES DE PREMIÈRE LIGNE

Porte d'entrée du système de santé, ils comprennent un ensemble de services courants de santé qui s'appuient sur une infrastructure légère de moyens diagnostiques et thérapeutiques. Ils s'adressent à une population vivant à domicile lors de tout nouvel épisode de soins ou dans le contexte d'un suivi périodique.



Les médecins omnipraticiens sont les mieux outillés pour assurer le rôle d'intégrateur en première ligne et assurer le suivi des patients. Les médecins de deuxième ligne et troisième ligne retournent les patients qui leur ont été référés, une fois l'objectif de référence atteint, et pour lesquels il est indiqué d'assurer le suivi à ce niveau dans le respect des compétences mutuelles.

La médecine de première ligne favorise la pratique de groupe, un réseau intégré d'accessibilité à des soins courants et un réseau de garde intégré pour les services d'urgence hors hospitaliers.

Les services de première ligne sont dispensés en cabinets, en CLSC, dans les services des urgences des centres hospitaliers, en centres de santé, à domicile, en milieu de travail, dans les institutions d'enseignement, en centres d'accueil, en centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) et autres milieux d'hébergement. L'accès à des services médicaux de première ligne se fait à la demande directe des patients (à l'exception des centres d'accueil et CHSLD).

II. LES SERVICES DE DEUXIÈME LIGNE

Permettant de résoudre les problèmes complexes de santé, ce sont des services surtout spécialisés de santé qui s'appuient sur une infrastructure adaptée et une technologie diagnostique et thérapeutique lourde mais répandue.

Les principaux dispensateurs sont l'ensemble des médecins spécialistes, mais on retrouve aussi des omnipraticiens impliqués en milieu hospitalier (obstétrique, gériatrie active, salle d'urgence, soins palliatifs, toxicomanie, santé publique). Les services sont généralement dispensés en établissement de deuxième ligne (centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés, centres de réadaptation, centres hospitaliers de soins psychiatriques), mais aussi parfois en cabinets et en polycliniques.

III. LES SERVICES DE TROISIÈME LIGNE

Il s'agit du niveau de la médecine ultraspécialisée où les services s'adressent aux personnes présentant des problèmes très complexes de santé ou dont la prévalence est faible.



Recommandations

En vue d'assurer à la population l'accessibilité à des services médicaux spécialisés sur référence, d'assurer des liens étroits entre les intervenants de première ligne et ceux de la deuxième ligne et de la troisième ligne et d'éviter dans la mesure du possible que les actes de première ligne soient fournis par les médecins spécialistes, la Commission médicale régionale recommande de mettre en place, dans les meilleurs délais, ces stratégies pour amorcer la démarche d'implantation de la hiérarchisation des services médicaux :

1. Que le conseil d'administration de la Régie régionale de Montréal-Centre fasse sien le concept de la hiérarchisation des services médicaux ci-énoncés;
2. Que le président-directeur général de la Régie régionale :

sensibilise toutes les directions de la Régie régionale de sa volonté que l'organisation des services médicaux généraux et spécialisés sur le territoire de la Régie régionale de Montréal-Centre respecte et repose sur ce concept;

sensibilise toutes les directions générales, les directions des services professionnels, les conseils des médecins, dentistes et pharmaciens des établissements et tous les médecins du territoire de sa volonté que l'organisation



Recommandations (suite)

des services médicaux généraux et spécialisés sur le territoire de la Régie régionale de Montréal-Centre respecte et repose sur ce concept;

fasse des représentations concertées auprès des facultés de médecine et du Collège des médecins du Québec pour que la formation des médecins les prépare à assumer adéquatement le rôle de médecins de première ligne ou de deuxième ligne et de troisième ligne;

fasse des représentations auprès des fédérations médicales et du Ministère pour qu'ils acceptent ce concept et qu'ils mettent en place des moyens concrets pour favoriser la hiérarchisation des services médicaux (ex. : mode de rémunération, adaptation des plans régionaux des effectifs médicaux, des budgets, du réseau de communication, etc.);

sensibilise la population à consulter un médecin omnipraticien avant de se diriger vers les services spécialisés;

3. Que la Direction des affaires médicales et le Département régional de médecine générale collaborent étroitement dans cette organisation des services, dans le respect de ce concept de hiérarchisation.

Section II - L'organisation des services médicaux en lien avec la première ligne

L'organisation d'un réseau de première ligne constitue l'assise principale du système de services de santé et de services sociaux. Pour réaliser un tel projet, il est cependant essentiel de fournir aux médecins qui y oeuvrent les outils nécessaires pour accomplir leur rôle : l'accessibilité appropriée à un plateau technique diagnostique et celle à la consultation spécialisée en temps opportun en constituent deux éléments indispensables.

ACCESSIBILITÉ AU PLATEAU TECHNIQUE

I. BESOINS DE LA PREMIÈRE LIGNE

À la lumière de données disponibles à la Régie régionale couplées à l'expérience terrain, il apparaît que l'organisation actuelle concernant l'accès au plateau technique semble inadaptée aux besoins de la pratique médicale de première ligne telle qu'envisagée et ne supportera pas la mise sur pied d'un réseau d'accessibilité aux services médicaux susceptible de diminuer le recours aux salles d'urgence des centres hospitaliers si aucun correctif n'est apporté.

Recommandations

Afin de rendre disponible le niveau d'accessibilité requis pour une bonne prise en charge des problèmes de santé des patients, la Commission recommande :

1. Que la Régie régionale élabore, en collaboration avec les établissements et les cliniques hors établissement, un plan d'action afin de rendre accessible un plateau technique qui réponde aux besoins d'un réseau de première ligne bien organisé sur tout le territoire selon un horaire élargi, 7 jours par semaine, qui tienne compte des situations cliniques reconnues urgentes, semi-urgentes et électives;
2. Que des ententes de services soient faites entre la Régie régionale et les cliniques hors établissement afin d'assurer l'accessibilité au plateau technique, sans déboursé additionnel, pour tous les patients;



Recommandations (suite)

3. Que la Régie régionale identifie et fasse connaître à tous les médecins la liste des lieux où ces services pourront être disponibles dans les délais établis;
4. Qu'un comité conjoint (Direction des affaires médicales - Commission médicale régionale - Département régional de médecine générale) de suivi puisse conseiller la Régie régionale sur les orientations à privilégier tenant compte des contraintes identifiées afin de doter le réseau de première ligne des outils nécessaires à l'accomplissement de son rôle selon les différentes situations cliniques sur tout le territoire;
5. Que l'informatisation du réseau et le déploiement des technologies modernes de communication puissent supporter et permettre l'organisation des services médicaux de première ligne;
6. Que la Direction des affaires médicales de la Régie régionale de Montréal-Centre sollicite la participation du Collège des médecins du Québec, en lien avec les différentes instances impliquées dans la formation médicale (les universités, les associations et les fédérations professionnelles) afin d'optimiser l'utilisation appropriée de ce plateau technique (objectifs de formation prédoctorale, éducation médicale continue, conception, mise à jour et diffusion de guides d'utilisation);
7. Que la Régie régionale, en collaboration avec les établissements et les cliniques affiliées par entente de services, favorise l'implantation d'un mécanisme d'évaluation pour permettre de réagir efficacement si les délais d'accès au plateau technique deviennent inacceptables;
8. Que la Régie régionale, sur une base annuelle, fasse rapport à la Commission médicale régionale sur l'état de réalisation de ces recommandations.

ACCESSIBILITÉ À LA CONSULTATION EN SPÉCIALITÉ

Plusieurs situations cliniques dans la pratique d'un médecin de famille peuvent nécessiter la consultation auprès d'un collègue spécialiste. Le besoin en est généralement un d'expertise diagnostique et/ou thérapeutique ou de suivi conjoint dans le cas de certaines problématiques complexes. Il peut parfois aussi s'agir d'un transfert pour un épisode de soins spécifique (par exemple lors d'une chirurgie) après lequel le médecin spécialiste retourne le patient aux soins du médecin de famille.

I. BESOINS DE LA PREMIÈRE LIGNE

Les médecins de famille ont recours aux différents spécialistes autant en cabinets ou cliniques qu'en centres hospitaliers selon l'état clinique de leur patient et la disponibilité des services. Les omnipraticiens de Montréal soulèvent régulièrement deux problématiques majeures concernant la consultation en spécialité :

- L'accès à la consultation (délais, manque d'information sur la localisation des cabinets des spécialistes);
- La communication des résultats de la consultation initiale et des visites subséquentes, le cas échéant, et du plan de traitement et de suivi.



Recommandations

Afin de rendre disponible le niveau d'accessibilité requis pour une bonne prise en charge des problèmes de santé des patients, assumant les effectifs médicaux suffisants, la Commission médicale régionale recommande :

1. Que la Régie régionale de Montréal-Centre supporte de façon prioritaire l'informatisation des lieux de consultation des médecins requérants et consultants, avec les liens nécessaires au Réseau de télécommunication sociosanitaire (RTSS);
2. Que la Régie régionale de Montréal-Centre demande et supporte, dès maintenant, auprès des établissements de son territoire, l'optimisation de l'utilisation des technologies modernes de communication (télécopie, courrier électronique sécurisé) et du support clérical requis par les médecins spécialistes pour transmettre les informations pertinentes aux médecins référents;
3. Que la Direction des affaires médicales de la Régie régionale sollicite l'implication du Collège des médecins du Québec afin d'améliorer la qualité des informations échangées entre les spécialistes consultants et les médecins référents (demandes de consultation précises et accompagnées de toutes les informations pertinentes, rapports de consultation les plus informatifs possible au sujet des plans d'investigation, de traitement et de suivi, rapports d'évolution avec résultats de tests subséquents);
4. Que la Régie régionale de Montréal-Centre, en collaboration avec les établissements encourage l'utilisation d'un formulaire standardisé de résumé d'information médicale sommaire lors du congé d'un patient hospitalisé. Ce formulaire devrait comprendre une copie à remettre à l'usager et/ou à son médecin traitant, et l'original à laisser au dossier du patient en remplacement de la feuille sommaire actuellement utilisée dans les établissements. (Ce type de formulaire peut aussi servir lorsqu'un patient a été évalué et traité au service des urgences.);
5. Que la Régie régionale identifie et fasse connaître à tous les médecins la liste des lieux où ces services de consultation spécialisée pourront être disponibles dans les délais établis, et s'assure de la mise à jour périodique de cette information;
6. Que la Régie régionale sollicite les associations de médecins spécialistes et les directions des services professionnels des centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés de notre territoire afin de choisir les moyens qui permettront de lever les contraintes à la réalisation des objectifs d'accessibilité dans les différentes sous-régions;
7. Que la Régie régionale, en collaboration avec les établissements, favorise l'implantation d'un mécanisme d'évaluation pour permettre de réagir efficacement si les délais d'accès aux consultations en cliniques externes spécialisées deviennent inacceptables;
8. Que la Régie régionale, sur une base annuelle, fasse rapport à la Commission médicale régionale sur l'état de réalisation de ces recommandations.



PARTIE 2 - LES PRINCIPES DIRECTEURS DEVANT GUIDER LE DÉVELOPPEMENT DU PLAN RÉGIONAL D'ORGANISATION DES SERVICES MÉDICAUX SPÉCIALISÉS ET DES EFFECTIFS MÉDICAUX (PROSEM)

La nécessité pour la Régie régionale de Montréal-Centre de se doter d'un plan régional d'organisation des services médicaux spécialisés et d'un plan des effectifs médicaux spécialisés (PROSEM) repose sur un cadre légal et un cadre administratif. D'abord, au plan légal, la Loi sur les services de santé et les services sociaux impose aux établissements et à la Régie régionale qu'ils se dotent d'un plan d'organisation de services médicaux dans le but de pouvoir justifier les ressources médicales nécessaires pour le réaliser. Sur le plan administratif, Montréal a une vocation suprarégionale et régionale. La Régie régionale doit gérer les ressources mises à sa disposition pour permettre à la population qu'elle dessert d'avoir accès aux services dont elle a besoin, à partir d'un plan défini.

Le PROSEM doit être fondé sur une vision globale du réseau de soins médicaux, une vision d'intégration. Seule une telle approche peut favoriser l'efficacité et l'accessibilité que nous souhaitons tous pour la population que nous desservons.

La deuxième partie de ce document précise les principes directeurs sur lesquels repose le PROSEM. La dernière étape consistera à établir les plans par spécialité, en priorisant certaines d'entre elles.

Section I - Objectifs

L'objectif premier du plan est de développer un réseau de services médicaux spécialisés et ultraspecialisés capable de répondre à la demande de services dans des délais acceptables ou raisonnables.

Le second objectif est de permettre aux établissements de mieux établir leurs plans de besoins en effectifs médicaux et à la Régie régionale, d'établir un plan régional.

Section II - Principes directeurs

A. Les principes directeurs déjà acceptés par la Commission médicale régionale

1- La hiérarchisation des services médicaux

Pour que le réseau montréalais de soins médicaux soit fonctionnel en permettant que le patient puisse voir le bon médecin au bon endroit et au bon moment, la Commission médicale régionale recommande au conseil d'administration, au président-directeur général et à la Direction des affaires médicales et universitaires (DAMU) de la Régie régionale de Montréal-Centre de mettre en place, dans les meilleurs délais, les stratégies nécessaires pour amorcer la démarche d'implantation de la hiérarchisation des services médicaux (voir Recommandations, page 3).

2- Des services médicaux spécialisés en lien efficace et efficient avec une première ligne fonctionnelle via un réseau intégré de services médicaux

Il est indispensable que les médecins aient l'accessibilité appropriée, en temps opportun, tant au plateau technique diagnostique qu'à la consultation spécialisée.

La Commission médicale régionale fait, à cet égard, des recommandations précises à la Régie régionale et à sa direction des affaires médicales et universitaires (voir Recommandations, pages 4 et 6).



3- Le rôle prépondérant des spécialités de base ou locales dans les centres hospitaliers qui opèrent une salle d'urgence

La Commission médicale régionale estime que les spécialités suivantes constituent les spécialités de base ou locales essentielles pour qu'un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés opérant une salle d'urgence soit fonctionnel : anesthésiologie, anatomopathologie, chirurgie générale, obstétrique-gynécologie, chirurgie orthopédique, médecine interne, psychiatrie et radiologie diagnostique.

4- Le regroupement des effectifs pour les soins tertiaires et quaternaires des spécialités suprarégionales

Pour des raisons de qualité des soins et d'économie des ressources, les deux réseaux universitaires doivent mettre en commun certaines de leurs ressources. Le contexte ne permet pas d'imposer cet énoncé de principe aux établissements concernés, mais la Commission médicale régionale croit cependant qu'ils doivent faire l'effort d'examiner la faisabilité d'une concentration des effectifs, notamment en ce qui concerne les soins tertiaires et quaternaires.

5- La collaboration-complémentarité entre établissements avec autonomie relative dans chacune des sous-régions

La Commission médicale régionale, dans l'objectif de pallier les problèmes d'effectifs médicaux de certains établissements du réseau et d'accessibilité à des services médicaux, propose une solution gagnante de collaboration-complémentarité entre établissements¹. L'établissement qui accepte de fournir des effectifs à celui qui en manque peut recruter des effectifs au-delà du plan permis via une dérogation au plan d'effectifs accordée par le Ministère et utiliser les ressources de l'établissement qu'il aide.

Recommandations

Ce principe se traduit dans les recommandations suivantes:

1. Que la Table des directeurs des services professionnels (DSP), en utilisant notamment l'enquête récente de la Direction des affaires médicales et universitaires sur les pénuries réelles et appréhendées des effectifs médicaux spécialisés, identifie pour la Régie régionale, les établissements, les départements et les services cliniques spécialisés dont la situation reflète une ou plusieurs des problématiques évoquées dans les prémisses et qui seraient intéressés à participer, sur une base volontaire, au développement d'un projet de collaboration et de complémentarité entre établissements. Dans le cas où deux établissements seraient en pénurie d'effectifs dans la même discipline, la Direction des affaires médicales et universitaires déterminera lequel des deux pourrait bénéficier d'un ajout d'effectifs médicaux dans le cadre d'une entente entre établissements.
2. Que la Régie régionale et les établissements concernés collaborent à l'identification et à la mise en place des conditions gagnantes pour chacun des établissements participants, telles que :
 - L'organisation des services médicaux visés, incluant la garde.
 - Les ressources humaines et matérielles nécessaires pour l'utilisation efficace et efficiente des effectifs médicaux spécialisés qui feront l'objet des ententes.
 - La budgétisation nécessaire, tenant compte, entre autres :
 - de la croissance des coûts là où les services sont rendus
 - de l'augmentation de l'offre de service.

1 | Collaboration-complémentarité entre établissements : partage et effectifs. Comité PROSEM. CMR : mai 2002.



Recommandations (suite)

3. Que la Direction des affaires médicales et universitaires, en concertation avec la Commission médicale régionale, gère les effectifs médicaux de façon à favoriser la complémentarité des services et le partage des effectifs, notamment par l'utilisation du mécanisme de dérogation, lorsque indiqué.
4. Que la Direction des affaires médicales et universitaires obtienne du Ministère l'autorisation de gérer les effectifs médicaux sur une base régionale, dans le cas d'une pénurie régionale d'effectifs médicaux dans une spécialité.
5. Que la Table des directeurs des services professionnels, la Direction des affaires médicales et universitaires et la Direction des services spécialisés, ultraspecialisés et de réadaptation en santé physique identifient les services dans les établissements universitaires qui pourraient être offerts dans des établissements non universitaires, dans le cadre d'une complémentarité et collaboration entre eux. Ce type de collaboration peut aussi se développer entre les hôpitaux non universitaires et les hôpitaux universitaires.

Dans ce contexte, l'établissement dont la couverture des services serait assurée par les effectifs d'un autre établissement devrait lui permettre d'utiliser les ressources humaines et matérielles pour les services qui y seraient transférés (ex. : utilisation du bloc opératoire pour chirurgie).

6. Que la Régie régionale et le Ministère acceptent comme modèle un contrat, et qu'ils en considèrent son implantation et sa diffusion. Ce contrat définit les balises permettant aux établissements de partager des effectifs médicaux spécialisés et des corridors de services, dans le respect de leurs missions respectives.

Par ailleurs, en ce qui concerne l'accessibilité aux services et le partage des ressources, la Commission médicale régionale préconise le principe d'une certaine autonomie de chacune des six sous-régions de son territoire.

6. La vocation suprarégionale de la région de Montréal

Montréal est une région universitaire. À ce titre, les centres hospitaliers universitaires (CHU), les centres affiliés universitaires (CAU) et les instituts doivent répondre à leur triple mission de soins médicaux, d'enseignement et de recherche. Souvent, ce sont les mêmes médecins qui répondent aux trois volets.

La Commission médicale régionale estime que tout plan d'organisation de services et d'effectifs doit prendre en compte ce facteur, si on veut permettre à la région de Montréal de disposer des ressources dont elle a besoin pour remplir sa mission.

7. Une salle d'urgence implantée au cœur d'un réseau dans la communauté

La Commission médicale régionale estime que la situation d'engorgement chronique qui prévaut dans les salles d'urgence du territoire montréalais ne peut se corriger sans que les intervenants en amont et en aval des établissements travaillent en concertation.

La Commission médicale régionale fait sien le concept de réseau territorial tel que décrit dans le Guide de gestion de l'unité d'urgence publié par le Ministère, en 2000.

B. Considérations de certains autres principes

1- L'organisation des services basée sur les besoins réels de la population versus l'offre de services actuels

La Commission médicale régionale estime que le plan régional doit tenir compte autant des besoins que de l'offre actuelle des services pour présenter des solutions aux problèmes d'accessibilité.



- 2- Le maintien d'une masse critique de patients et d'effectifs médicaux essentielle à la qualité des soins et au maintien de la compétence professionnelle

La Commission médicale régionale s'inquiète d'un certain nombre d'éléments qui pourraient empêcher l'optimisation des soins et de la compétence professionnelle des médecins:

- ▶ L'accessibilité de plus en plus difficile au bloc opératoire, par manque de ressources;
- ▶ L'isolement de médecins spécialistes, à cause du manque d'effectifs;
- ▶ L'absence de masse critique de patients porteurs de conditions qui nécessitent de l'expertise.

▶ **Recommandations**

La Commission médicale régionale recommande que la Table de concertation permanente sur la planification de l'effectif médical au Québec se penche sur ces aspects et en tienne compte dans la prochaine planification de l'effectif médical. De même, la Commission recommande que la Régie régionale et les établissements s'entendent pour concentrer certains types d'activités chirurgicales et pour faciliter l'accessibilité au bloc opératoire.

- 3- La présence des spécialités de base ou locales dans tous les centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés et la mise en priorité du recrutement des effectifs nécessaires

La Commission médicale régionale estime que l'organisation des services médicaux dans les centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés doit s'appuyer sur la disponibilité des effectifs dans les spécialités de niveau local (anesthésiologie, anatomopathologie, chirurgie générale, obstétrique-gynécologie, chirurgie orthopédique, médecine interne, psychiatrie et radiologie diagnostique).

- 4- La concentration de certaines activités médicales spécialisées

La Commission médicale régionale endosse le principe de la concentration des services médicaux spécialisés en autant qu'elle bénéficie aux patients en termes d'accessibilité et de qualité des services.

La Commission médicale régionale a adopté le cadre clinique et pédagogique qui devrait supporter tout exercice de concentration des effectifs médicaux (voir point suivant).

- 5- Le cadre clinique et pédagogique qui doit supporter la concentration de certains services médicaux spécialisés dans un ou des établissements de la région de l'île de Montréal

Compte tenu des principes directeurs déjà adoptés par la Commission médicale régionale concernant l'organisation des services médicaux, la Commission estime que si l'on fait de la concentration de services, les principes suivants s'appliquent :

1. La décision de concentrer des services médicaux spécialisés doit reposer sur les impératifs ou les objectifs suivants : meilleure disponibilité ou accessibilité, optimisation de l'exercice pour cas complexes, meilleure efficacité, meilleure efficience, meilleure continuité des soins;
2. La qualité des soins médicaux est la même quel que soit le milieu où ils sont concentrés;



3. Les ressources nécessaires, qu'elles soient professionnelles, matérielles ou financières, doivent être présentes ou garanties pour assurer cette qualité;
4. La concentration des services médicaux ne peut et ne doit pas se faire au détriment de la qualité de la formation des résidents; au contraire, les résidents devraient idéalement y trouver une valeur ajoutée.

Recommandation

La Commission médicale régionale demande d'être consultée pour tout projet de concentration de services médicaux.

6- La mise en place d'un processus pour éviter les bris de services

La Commission médicale régionale estime que le réseau doit se doter de mécanismes efficaces pour éviter les bris de services médicaux. La Commission médicale régionale souhaite que la Table des directeurs des services professionnels examine les solutions suivantes et contribue, avec la Fédération des médecins spécialistes du Québec et la Régie régionale, à leur mise en place, si jugées acceptables :

- Collaboration-complémentarité entre établissements d'une même sous-région ou d'une autre;
- Création d'une banque sous-régionale ou régionale de dépannage.

7- L'inclusion des activités spécialisées des cabinets dans l'organisation des services des établissements : le concept de cliniques médicales affiliées

La Commission médicale régionale endosse le concept mis de l'avant par la Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ) voulant que les cliniques de médecins spécialistes soient le prolongement des établissements. La Commission médicale régionale estime qu'il y a une certaine urgence à ce qu'il y ait une entente entre les parties concernées et que cette approche est porteuse de solutions facilitant l'accessibilité à des services importants.

Recommandation

La Commission médicale régionale recommande que le président-directeur général de la Régie régionale intervienne auprès du Ministère pour que l'on mette en place, avec la collaboration de la Fédération des médecins spécialistes, des cliniques médicales affiliées.

C. Le maintien des principes généralement reconnus dans le réseau de la santé

Sans définir ces notions déjà bien connues dans le réseau de la santé, la Commission médicale régionale désire confirmer qu'elle adhère à chacun de ces principes dans l'organisation des services médicaux : universalité, gratuité, accessibilité, disponibilité, homogénéité, efficacité, efficience, qualité des soins, fluidité de l'information pertinente, interdépendance des intervenants.



Section III - L'élaboration d'un cadre méthodologique pour définir les besoins en effectifs médicaux en équivalent temps plein (ETP)

A. Les effectifs médicaux spécialisés par établissement et par spécialité

Au 1^{er} décembre 2001, il y avait 3 163 médecins spécialistes au plan d'effectifs avec un objectif ministériel de croissance de 68, soit 3 231 postes autorisés au 31 mars 2002. Selon la facturation à la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ), il y avait 3 216 médecins spécialistes, soit une différence de -15.

Enfin, le fait qu'un établissement ne comporte pas d'effectif dans une spécialité ne signifie pas qu'il n'offre pas les services, puisqu'il peut le faire via des ententes avec d'autres établissements ou directement avec des médecins qui y ont le statut de membres associés.

B. La notion d'équivalent temps plein (ETP) en spécialités

Le ministère de la Santé et des Services sociaux définit un ETP en spécialités comme un médecin ayant un niveau d'activités équivalent au revenu moyen des médecins en exercice de sa spécialité, au cours de l'année de référence. La composante de son niveau d'activités est déterminée par son niveau de facturation à la Régie de l'assurance maladie du Québec, par rapport à la moyenne normalisée de celui des médecins en exercice au cours de l'année de référence, dans sa spécialité.

Pourquoi doit-on recourir à la notion d'ETP dans le calcul des besoins en effectifs médicaux spécialisés pour la région de Montréal-Centre? Dans les établissements universitaires, ce sont les mêmes médecins qui donnent les soins, font de l'enseignement, de la recherche et participent aux activités administratives. Compte tenu de la rémunération mixte qui tient compte des multiples tâches en établissement, il est devenu impossible de départager l'aspect clinique à partir du mode de rémunération. D'autres facteurs entre autres supportent la notion d'ETP clinique : la féminisation de la profession, le vieillissement de l'effectif des médecins spécialistes ainsi que le partage d'effectifs médicaux entre établissements intra et extrarégionaux.

Pour définir leurs besoins d'effectifs médicaux en ETP la définition d'ETP utilisée par le Ministère est acceptable, mais à l'avenir, il serait plus approprié d'évaluer les besoins d'effectifs pour les services requis à partir d'un plan d'organisation de services à fournir.

Recommandation

La Commission médicale régionale recommande que les établissements s'inspirent du modèle mis de l'avant par l'Association des anesthésiologistes du Québec, en novembre 2000, pour étoffer leurs besoins d'effectifs médicaux dans chacune des spécialités.



Section IV - La notion de centre hospitalier désigné

La désignation fait référence le plus souvent au processus utilisé par les universités et le ministère pour nommer les instituts, les centres hospitaliers universitaires et les centres hospitaliers affiliés. Eu égard à la notion de coût/efficacité liée à ce processus et à la compétition qu'il engendre entre les établissements, les budgets suivant les services, la Commission médicale régionale juge utile de soumettre à la Régie régionale les principes qui devraient la guider dans la désignation de centre hospitalier, aux fins d'organisation de services :

- 1) Tout en reconnaissant l'importance du critère coût/efficacité, dans un contexte d'utilisation rationnelle des ressources, il y a lieu de voir la désignation d'abord comme moyen d'offrir des soins de qualité.
- 2) La désignation doit s'inscrire dans le cadre du plan régional d'organisation des services médicaux de la Régie régionale. Elle doit donc être planifiée, faisant l'objet d'une consultation à l'interne et à l'externe.
- 3) La Commission médicale régionale estime que les principes qu'elle a mis de l'avant dans le cadre clinique et pédagogique qui doit supporter la concentration de certains services médicaux spécialisés s'appliquent à la désignation.

Section V - L'approche par spécialité

A. Les spécialités de base ou locales qui doivent être présentes dans tous les centres hospitaliers qui opèrent une salle d'urgence

La Commission médicale régionale estime que les établissements doivent être consultés pour établir un plan cohérent d'organisation des services et des effectifs par spécialité. Cependant, compte tenu de leur importance dans l'interface de première ligne, la Commission a des recommandations à formuler concernant les spécialités de base dites locales. L'anatomopathologie, l'anesthésiologie, la chirurgie générale, la médecine interne, la psychiatrie, la chirurgie orthopédique, l'obstétrique-gynécologie et la radiologie diagnostique constituent lesdites spécialités.

► **Recommandations**

Concernant ces spécialités, la Commission médicale régionale fait les recommandations suivantes :

1. Au moins toutes ces spécialités, sauf le volet obstétrique de l'obstétrique-gynécologie, doivent se retrouver dans tous les établissements de soins de courte durée qui opèrent une salle d'urgence.
2. Le plan des effectifs médicaux doit permettre à tous les établissements de recruter les effectifs nécessaires à l'accessibilité aux soins et à l'enseignement.

La Commission médicale régionale recommande que le Ministère tienne compte, dans son plan d'effectifs, du fait que dans certaines spécialités de base, les médecins n'exercent pas vraiment, consacrant leurs activités à des champs pointus, comme les soins intensifs, les soins palliatifs, la chirurgie vasculaire, la chirurgie thoracique, etc. La Commission médicale régionale suggère de comptabiliser ces médecins dans le plan des effectifs de la région, mais hors spécialités.



Recommandations (suite)

3. Certaines spécialités comme la médecine interne, la psychiatrie et la radiologie diagnostique ont des liens étroits avec la première ligne médicale. La Commission médicale régionale recommande qu'elles consacrent aux omnipraticiens, leurs ressources le permettant, des plages horaires leur facilitant l'accès à la consultation et au plateau technique. Plus particulièrement, concernant la psychiatrie, la Commission médicale régionale appuie le projet de mise sur pied d'un réseau d'accessibilité efficace pour les malades présentant des troubles de santé mentale.
4. Enfin, la Commission médicale régionale recommande que dans les spécialités de base, le besoin des effectifs médicaux estimés en ETP s'appuie sur un plan d'organisation des services comme l'a fait l'Association des anesthésiologistes, en 2000.

B. Les autres spécialités médicales, chirurgicales et les spécialités de laboratoire

Recommandations

Concernant les autres spécialités, la Commission médicale régionale fait les recommandations suivantes:

1. Le plan des effectifs médicaux doit permettre à tous les établissements de recruter les effectifs nécessaires à l'accessibilité aux soins et à l'enseignement.
2. La Commission médicale régionale recommande que le Ministère tienne compte dans son plan d'effectifs du fait que dans plusieurs de ces spécialités, les médecins n'exercent pas vraiment, consacrant leurs activités également à des champs pointus. La Commission médicale régionale suggère de comptabiliser ces médecins dans le plan des effectifs de la région, mais hors spécialités.
3. Certaines de ces spécialités ont des liens étroits avec la première ligne médicale. La Commission médicale régionale recommande qu'elles consacrent aux omnipraticiens, leurs ressources le permettant, des plages horaires leur facilitant l'accès à la consultation et au plateau technique de leurs spécialités.
4. Enfin, la Commission médicale régionale recommande que dans ces spécialités, le besoin des effectifs médicaux estimés en ETP s'appuie également sur un plan d'organisation des services comme l'a fait l'Association des anesthésiologistes, en 2000.

C. Les spécialités suprarégionales

Plusieurs facteurs de la conjoncture actuelle militent en faveur d'une concentration des services et des effectifs ultraspecialisés dans la région de Montréal-Centre :

1. Il y a un manque de ressources humaines, matérielles et financières : les listes d'attente s'allongent au détriment de la santé des patients ou les obligent à aller se faire traiter dans le secteur privé ou en dehors de la région ou de la province.
2. Il y a de nombreuses études dans la littérature qui démontrent l'influence positive de la concentration des services et de l'expertise sur la qualité des services.
3. Il y a des exercices antérieurs et en cours de concentration des services, exercices auxquels ont participé et adhèrent les médecins (ex. : neurochirurgie, chirurgie cardiaque).



4. La création des centres hospitaliers universitaires et la possibilité de complémentarité entre eux ou avec d'autres établissements du réseau incitent à revoir les services ultrasécialisés dans une perspective réseau.
5. Les prémisses évoquées dans le document « Collaboration-complémentarité entre établissements : partage des effectifs » s'appliquent aussi dans cet exercice.
6. Le pourcentage d'épisodes de soins dans certaines spécialités, notamment la pédiatrie, militent en faveur d'un exercice de concentration.

Section VI - Un modèle d'organisation régionale des services médicaux spécialisés sur une base sous-régionale

Un modèle d'organisation pour la région de Montréal doit prendre en considération le fait que Montréal est une région universitaire avec une vocation tant régionale que suprarégionale avec ses deux facultés de médecine, ses centres hospitaliers universitaires, ses centres affiliés universitaires et ses instituts.

Compte tenu de la grandeur de territoire et du bassin de population à desservir, l'organisation des services médicaux est plus facile à concevoir sur une base sous-régionale. Idéalement, les établissements d'une même sous-région, de vocation identique ou différente, devraient établir des lignes fonctionnelles entre eux. Le modèle doit avoir suffisamment de flexibilité pour permettre aussi des liens entre sous-régions.

À cet effet, le document intitulé « Collaboration-complémentarité entre établissements : partage des effectifs », développé par la Commission médicale régionale, est un guide aux établissements qui conviennent de se réseauter.

Recommandations

La Commission médicale régionale recommande qu'au cours du plan 2003-2005, la Régie régionale, plus particulièrement sa Direction des affaires médicales et universitaires, procède avec les directions des établissements et les médecins à leur réseautage sous-région par sous-région, aux fins :

- d'améliorer l'accessibilité aux services;
- de rendre ces services disponibles, lorsque possible, le plus près des lieux de résidence des patients;
- d'obtenir une meilleure utilisation des ressources.



Une publication du Service des communications -
Direction de l'information et de la planification de la Régie régionale
de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre.

Information tirée de :

**Plan montréalais d'organisation des services médicaux
spécialisés et des besoins en effectifs médicaux,**
« *L'accès en actions* » - Avis de la Commission médicale régionale

© Régie régionale de la santé et des services sociaux
de Montréal-Centre, 2003
Dépôt légal - Bibliothèque nationale du Québec, 2003
ISBN 2-89510-114-0

Ce document est disponible :

- ▶ aux services documentaires
de la Régie régionale
de Montréal-Centre
Téléphone : (514) 286-5604
- ▶ sur le site Web de la Régie régionale
de Montréal-Centre :
www.santemontreal.qc.ca
- ▶ en anglais sous le titre : *Montreal Organisation Plan
for Specialised Medical Services and Medical Staffing,
"Action for Access" - Summary*



RÉGIE RÉGIONALE
DE LA SANTÉ ET DES
SERVICES SOCIAUX
MONTREAL-CENTRE