

Plan de monitoring interprétatif de l'impact des transformations des services de santé de première ligne sur la population montréalaise

Annexe 1

AGENCE DE DÉVELOPPEMENT DE RÉSEAUX LOCAUX DE SERVICES
DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL - DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC

Annexe 1

**Transformations prévues dans l'organisation des services
de première ligne, version juin 2003 adaptée pour tenir
compte de la proposition faite par l'Agence montréalaise
en avril 2004**

Transformation 1 :

Mettre en place 58 groupes de médecine de famille (GMF) sur l'île de Montréal pour couvrir 39 à 48 % de la population montréalaise, soit en moyenne 2 GMF par territoire de CLSC

Création des GMF

- ▶ Groupe d'une dizaine de médecins omnipraticiens et de deux infirmières offrant des services à environ 15 000 personnes. Les médecins et les infirmières travaillent en collaboration pour offrir un éventail de services préventifs et curatifs, assurer la prise en charge des patients et la coordination des soins avec les équipes des CLSC, des réseaux intégrés de services et les services spécialisés de deuxième et troisième ligne.

Inscription de la clientèle au GMF

- ▶ Les patients choisissent un médecin traitant et s'engagent à l'utiliser comme premier contact (ou un médecin du groupe) lors des épisodes de maladies ou pour le suivi de problèmes de santé chroniques sauf en cas d'urgence. Les patients signent un engagement à cet effet.
- ▶ L'inscription n'implique pas de restriction territoriale (pas de restriction au bassin de desserte d'un GMF).

D'après les différentes ententes, rôles et responsabilités des médecins du GMF auprès de la clientèle inscrite avec le concours des autres membres du GMF (médecins, infirmières et autres professionnels)

- ▶ Mettre en place un système de garde pour assurer une disponibilité de services 24 heures par jour pour les clientèles vulnérables¹.
- ▶ Assurer la disponibilité des services 7 jours sur 7 avec et sans rendez-vous pour la clientèle inscrite.
- ▶ Offrir aux 15 000 patients inscrits les services de diagnostic, traitement, suivi et promotion de la santé.
- ▶ Offrir sur place un éventail de services suffisamment large pour répondre aux problèmes de santé les plus fréquents.
- ▶ Établir un réseau de références permettant de répondre aux problèmes de santé plus ou moins fréquents et exigeant de l'expertise d'autres professionnels.
- ▶ Prendre en charge les patients vulnérables inscrits et assurer la coordination des soins à ces patients avec les équipes des réseaux de services intégrés.
- ▶ Faire des consultations médicales à domicile pour les personnes âgées en perte d'autonomie inscrites.

¹ « Clientèle vulnérable » : signifie les personnes en perte d'autonomie sévère à domicile; ce sont également des personnes présentant des pathologies complexes qui sans être en perte d'autonomie sévère à domicile sont à haut risque de décompensation ou de déstabilisation. Ces personnes seront identifiées par le médecin de famille.

Participer à la garde en disponibilité (sur appel) pour les personnes en perte d'autonomie (inscrites au GMF), 24 heures par jour, 7 jours par semaine) (réseautage sous-régional avec les centraux 24/7 des CLSC / voir Transformation 3).

Rôle et responsabilités de l'infirmière du GMF

- ▶ Réaliser des activités de prévention, promotion et dépistage de problèmes de santé.
- ▶ Assurer la coordination des services et la liaison avec les CLSC, et les services spécialisés.
- ▶ Faire la gestion des cas lorsque requis : développer un plan de services intégrés avec le patient et ses proches, s'assurer que ces services sont bien rendus et guider les patients dans le réseau des services.
- ▶ Faire le suivi systématique pour les clientèles vulnérables et participer à leur prise en charge
- ▶ Faire l'évaluation des demandes urgentes.

Transformation 2

Mettre en place un réseau d'accès rapide aux services médicaux de première ligne et à l'investigation – centres médicaux associés (CMA)

Par entente de service avec l'Agence, désignation initiale de 12 points de services :

- ▶ offrant des services médicaux généraux de première ligne sans rendez-vous de 8 heures à 22 heures, 365 jours par année,
- ▶ offrant des services médicaux généraux avec prise en charge,
- ▶ offrant pendant les heures d'ouverture des services diagnostiques tels les prélèvements urgents avec l'analyse immédiate, la radiographie et l'échographie abdominale et pelvienne, ECG au repos, fonction respiratoire de base – les résultats des tests urgents devraient être fournis au médecin prescripteurs en dedans de deux heures.

Transformation 3

Instaurer un système de garde infirmière et médicale sur chacun des quatre territoires couverts par les centraux des CLSC

Les centraux Info-Santé CLSC prendront les appels des patients dont les noms apparaissent sur les listes qui leur seront fournies par les CLSC et feront appel aux infirmières du service de garde qui répondront aux appels des patients ou, si nécessaire, feront appel au service de garde médicale qui s'applique pour le patient :

- ▶ tout service de garde offert par les médecins des GMF pour leurs patients inscrits,

- ▶ tout service de garde offert par les médecins associés à un des réseaux intégrés de services (les médecins de première ligne de garde pourront avoir accès à un système de garde de deuxième ligne selon les réseaux où les patients sont inscrits),
- ▶ service de garde médicale accessible 24/7 pour les patients inscrits au service à domicile des CLSC et ayant un médecin traitant identifié et accessible, à ceux nécessitant des soins palliatifs, à ceux atteints de maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC) modéré ou sévère et d'insuffisance cardiaque sévère, à ceux en perte d'autonomie importante et ceux présentant des facteurs de risque physique.

Transformation 4

Développer des réseaux intégrés de services (RIS) à l'intention des clientèles vulnérables : personnes âgées en perte d'autonomie, personnes souffrant de maladies chroniques évolutives (MPOC, diabète, insuffisance cardiaque), personnes atteintes de cancer, personnes atteintes de SIDA, personnes souffrant de problèmes de santé mentale, personnes présentant des troubles envahissant du comportement

Création de réseaux intégrés de services

- ▶ Réseau de professionnels et de médecins appartenant à des organisations différentes et collaborant pour desservir une clientèle définie et lui assurer la prestation de services continus et l'accès à un service de garde 24/7 (pour les clientèles identifiées au point 3).
- ▶ Mécanismes de liaison interactifs fonctionnels entre les professionnels et les organisations.

Rôle du centre régional ou sous-régional de coordination du réseau

- ▶ Donner accès à toute la gamme de services requis pour prévenir, guérir et soigner (promotion de la santé, prévention, services de santé et sociaux de première ligne, hébergement et soutien à domicile, services spécialisés).
- ▶ S'il y a lieu, gérer les services spécialisés et le parc d'équipements spécialisés.
- ▶ Collaborer au plan de formation, à l'élaboration et l'implantation d'outils commun de suivi.

Implication des CLSC

- ▶ Désigner une professionnelle (ex. infirmière) chargée de chaque programme dans chacun des CLSC pour assurer la formation, l'aide conseil auprès des intervenants du réseau, et la prise en charge des patients exigeant une plus grande expertise.
- ▶ Nommer un gestionnaire de cas (intervenant pivot) pour chacun des patients.
- ▶ Élaborer un plan de services individualisé en collaboration avec les partenaires du réseau (difficile à appliquer en santé mentale).

Implication des médecins traitants

- ▶ Assurer la prise en charge médicale de son patient en collaboration avec le CLSC et les autres partenaires dans le cadre du plan de services individualisé.

Implication des CHSGS

- ▶ Participer au plan de services individualisés avec les partenaires.
- ▶ Désigner un intervenant-pivot (gestionnaire de cas) rattaché et intégré à une clinique ayant une programmation spécifique pour le problème de santé ciblé. Ce gestionnaire s'assure de la prise en charge du patient (post-hospitalisation) par le médecin traitant, du suivi par le médecin spécialiste et s'il y a lieu les CLSC.

Plus spécifiquement pour les personnes âgées en perte d'autonomie

- ▶ Implantation d'un outil d'évaluation multiclientèle commun.
- ▶ Assurer pour chaque territoire de CLSC, la disponibilité de services similaires à ceux offerts en centre de jour.
- ▶ Mettre en place un programme de soutien aux aidants.
- ▶ Accroître les services d'hébergement alternatifs.

Transformation 5

Assurer un réseau de soins médicaux partagés en santé mentale

- ▶ Augmenter les consultations liaisons externes de 50 % en misant sur une structure de soins partagés entre les omnipraticiens et des psychiatres uniquement consultants et en disponibilité téléphonique pour support.
- ▶ Dans chaque centre hospitalier, un certain nombre de psychiatres forment, avec les omnipraticiens des bureaux privés dans leur secteur, un réseau de soins partagés continus en psychiatrie.
- ▶ D'une part, les psychiatres mettent sur pied un service de consultation rapide en psychiatrie pour les patients des omnipraticiens inscrits dans ce réseau. La rémunération des actes psychiatriques est bonifiée pour le service de consultation et de suivi téléphonique auprès de ces nouveaux patients.
- ▶ D'autre part, les omnipraticiens du réseau de soins partagé opteront pour un suivi immédiat de leurs propres patients psychiatriques. En cas de rechute ou de premier épisode aigu, ils pourront débiter un traitement pharmacologique en sachant qu'un psychiatre pourra voir leur patient rapidement en consultation, si nécessaire.
- ▶ Les psychiatres établiront une liste de garde spécifique pour ce réseau partagé. Un psychiatre ne pourra être de garde simultanément pour le réseau partagé et pour l'urgence de son hôpital. Ce psychiatre sera disponible de 8 h à 22 h, 7 jours/semaine, disponibilité pour laquelle il recevra un forfait.
- ▶ Le psychiatre recevra aussi un forfait lors du transfert d'un patient à un omnipraticien, si ce transfert est accompagné d'un plan d'intervention détaillé et si l'omnipraticien

accepte la prise en charge. Dès la première visite après le transfert, l'omnipraticien reçoit également un forfait de prise en charge.

- ▶ Lors du suivi, l'omnipraticien peut contacter le psychiatre référant pour discuter du traitement. En l'absence du psychiatre concerné, l'omnipraticien peut rejoindre le psychiatre de garde. En tout temps, le psychiatre peut, s'il le juge pertinent, revoir le patient en consultation.

Transformation 6

Mettre en place des systèmes d'information permettant de mettre en lien électronique les principaux points de services et assurer le déploiement, en version électronique, d'outils informationnels

- ▶ Informatisation (équipements) des GMF et des points de services du réseau d'accès rapide aux services diagnostiques. Les logiciels fournis permettront d'inscrire directement les patients à la RAMQ, de faire des requêtes de tests et de recevoir les résultats de laboratoire ou de radiologie. Un prescripteur électronique sera disponible (fournisseur Purkinje).
- ▶ Établissement d'un lien électronique (ex. RTSS, intranet régional) entre ces points de services et les établissements et services de soutien du réseau (CLSC, hôpitaux, laboratoires, Info-santé) permettant de faire des demandes de services inter-établissements et d'inscrire les clientèles vulnérables aux services info-santé 24/7 des CLSC.
- ▶ Généralisation de l'implantation d'un système d'information sur les urgences dans tous les hôpitaux ayant une salle d'urgence.

Transformation 7

Rendre accessibles et mieux coordonnés les services requis auprès des spécialistes

- ▶ Les médecins bénéficient d'une liste des lieux où les services de consultations spécialisées sont disponibles dans des délais connus.
- ▶ Les services médicaux spécialisés sont offerts dans des délais jugés raisonnables établis au préalable selon le degré d'urgence : cardiologie (hémodynamie, électrophysiologie, chirurgie cardiaque) : 1 à 3 mois; oncologie (chirurgie, radio-oncologie) : 1 à 3 mois; orthopédie (remplacement de hanches et de genoux) : moins de 3 mois; ophtalmologie (rétinopathie, chirurgie de la cataracte) : 1 à 6 mois.

Transformation 8

Établir des ententes contractuelles entre les partenaires : GMF-Agence, GMF-CLSC, CMA-Agence, CLSC-CH, Agence-établissements

L'Agence prévoit signer des ententes contractuelles avec les principaux établissements et plusieurs groupes de médecins pour établir les responsabilités de chacun dans la coordination des services de première ligne.

- ▶ Agence de développement des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Montréal (l'Agence) signe une entente avec chacun des groupes de médecine de famille (GMF) où elle s'engage à les soutenir en fournissant l'aide technique et financière requise et où elle précise l'offre de services de tous les GMF. Cette convention prévoit que chaque GMF doit conclure une entente de service avec un CLSC.
- ▶ Dans l'entente entre chacun des GMF et un CLSC, celui-ci assurera la coordination de l'accès aux services d'autres CLSC pour les patients inscrits résidant sur un autre territoire que le sien. Cette entente entre un GMF et un CLSC définit les responsabilités conjointes des parties. Le CLSC offre l'accès aux services psychosociaux et courants, à ses programmes dont Info-santé CLSC. Le GMF inscrit sa clientèle vulnérable au CLSC et participe au programme de maintien à domicile du CLSC au bénéfice de la clientèle inscrite et référée.

Transformation 9

Soutenir l'intégration des pratiques préventives efficaces dans les activités cliniques de première ligne

- ▶ Les pratiques cliniques préventives seront développées selon trois catégories d'intervention: le dépistage des problèmes de santé ou facteurs de risque, le counselling sur les habitudes de vie et l'immunisation ou la chimioprophylaxie.
- ▶ Parmi les premières pratiques visées, on compte les pratiques préventives pour les maladies cardiovasculaires, la cessation du tabagisme, le dépistage du cancer du sein, l'immunisation contre l'influenza et le dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang. Pour ce faire la santé publique offre aux cliniciens des activités de soutien-conseil ou de formation sur diverses pratiques préventives selon les besoins cliniques et rend disponible des porte-folio sur ces pratiques (comprenant par exemple des lignes directrices sur ces pratiques, des outils d'information et de soutien pour les patients et une liste des ressources dans la communauté).

Transformation 10

Dans tous les CLSC, assurer des services de base uniformes et accessibles

- ▶ L'accès aux services infirmiers, psychosociaux et de prélèvement sont assurés sans rendez-vous 7 jours par semaine.
- ▶ L'accès aux services est assuré 80 heures par semaine.
- ▶ La garde en soins infirmiers est assurée 24 heures par jour pour les clientèles vulnérables.
- ▶ L'accès à Info-santé est assuré en moins de 4 minutes.
- ▶ Les soins psychosociaux sont intégrés à Info-santé.

Transformation 11 : Ajuster la rémunération des médecins omnipraticiens avec un forfait de prise en charge et de suivi ajouté à la rémunération de base

Clientèle vulnérable² inscrite en GMF

- ▶ Médecin en GMF-cabinet : forfait annuel de 14 \$ lors de la première visite d'un patient inscrit et 7 \$ pour chacune des visites subséquentes.
- ▶ Médecin en GMF-CLSC : forfait annuel de 21 \$ lors de la première visite d'un patient inscrit.

Autre clientèle vulnérable

- ▶ Consultation en cabinet et à domicile : forfait de 7 \$ pour chacune des visites.
- ▶ Consultation en CLSC : forfait annuel de 15 \$ versé à la première visite.

0 à 5 ans

- ▶ Forfait de 7 \$ par consultation avec un maximum de 12 consultations; maximum de 7 examens la première année, 2 examens la deuxième année et un examen annuel jusqu'à 5 ans.

² - Tout patient âgé de 70 ans et plus

- Les patients de moins de 70 ans souffrant de l'un ou l'autre des problèmes suivants :

- . Psychose
- . MPOC, asthme modéré ou sévère, pneumopathie professionnelle
- . Maladie cardiaque athérosclérotique
- . Cancer associé à un traitement passé, présent ou projeté en chimiothérapie systémique ou en radiothérapie, ou en phase terminale
- . Diabète avec complication à un organe cible
- . VIH / SIDA
- . Sevrage de drogues dures ou d'alcool, toxicomanie sous traitement à la méthadone
- . Maladies dégénératives du système nerveux central

Autre clientèle générale

- ▶ Consultation en GMF : forfait de 7 \$ lors de la première visite.

Transformation 12

Faire en sorte que les médecins omnipraticiens effectuent une partie de leur pratique clinique dans les activités médicales particulières, telles que stipulées dans la loi

Engagement de tout médecin à effectuer une partie de sa pratique dans les activités médicales particulières : 12 heures par semaine pour les médecins ayant moins de 15 ans de pratique, 6 heures par semaine pour ceux ayant entre 15 et 19 ans de pratique et à déterminer pour ceux pratiquant depuis plus de 20 ans. L'ordre de priorité des activités médicales particulières est :

- ▶ la prestation de services médicaux dispensés dans les services d'urgence des établissements de courte durée désignés,
- ▶ la prestation de soins aux usagers admis en établissement de courte durée qui exploite un CH,
- ▶ la prestation de services médicaux impliquant de la garde en disponibilité (sur appel) dans tout centre d'hébergement ou centre de réadaptation exploité par un établissement ou dans le cadre d'un programme de soutien à domicile d'un centre local de services communautaires exploité par un établissement,
- ▶ la prestation de services médicaux en obstétrique dans un centre exploité par un établissement
- ▶ la prestation de soins ou de services de première ligne auprès de clientèles vulnérables, que ce soit à domicile, en cabinet privé ou dans tout centre exploité par un établissement,
- ▶ la participation à toute activité prioritaire déterminée par l'Agence et approuvée par le ministre, dans la mesure et aux conditions fixées par ce dernier.

Transformation 13

Majorer de 10 % la rémunération des médecins les fins de semaine et congés fériés

Transformation 14

Mettre sur pied 12 réseaux locaux de services de santé et de services sociaux

Chacun de ces réseaux locaux de services de santé et de services sociaux doit être conçu de manière à :

1. assurer à la population de son territoire l'accès à une large gamme de services de santé et de services sociaux de première ligne, notamment à des services de prévention, d'évaluation, de diagnostic et de traitement, de réadaptation et de soutien ;
2. garantir à la population de son territoire, par le biais d'ententes ou d'autres modalités, l'accès aux services spécialisés disponibles sur le territoire de l'agence ainsi que l'accès à des services surspécialisés et ce, en prenant en considération les activités du réseau universitaire intégré de santé reconnu par le ministre et qui est associé au réseau local de services de santé et de services sociaux ;
3. permettre la mise en place de mécanismes de référence et de suivi des usagers des services de santé et des services sociaux ainsi que l'instauration de protocoles cliniques à l'égard des services offerts à ces derniers ;
4. impliquer les divers groupes de professionnels du territoire et permettre l'établissement de liens entre eux ;
5. favoriser la collaboration et l'implication de tous les intervenants des autres secteurs d'activité du territoire ayant un impact sur les services de santé et les services sociaux ;
6. s'assurer de la participation des ressources humaines disponibles et nécessaires à la prestation des services de santé et des services sociaux³.

³ Projet de loi no 25 (2003, chapitre 21). Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux. Sanctionné le 18 décembre 2003, Éditeur officiel du Québec, 2003.

