

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

Introduction	2
But : améliorer l'organisation des services médicaux de première ligne	2
Principes directeurs	2
Un réseau intégré	2
Mission d'un réseau intégré	3
Division territoriale	3
L'accès aux services diagnostiques	4
Recommandations	4
L'accès aux services médicaux spécialisés	5
Recommandations	6
La médecine familiale à Montréal, aujourd'hui	7
La population desservie et ses besoins	7
Les effectifs médicaux de Montréal	7
L'organisation des services	7
La médecine familiale de l'avenir à Montréal	8
Les Groupes de médecine de famille	8
Les cliniques de médecine familiale réseaux, dites pivots	9
Le plateau technique	10
Nos priorités et plans d'action	10
Évolution des effectifs en omnipratique à Montréal	12
Nos besoins en médecins omnipraticiens	13
Plan régional d'effectifs médicaux	14
Décider-Agir-Évaluer-Ajuster	15

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 généraux et des besoins en effectifs médicaux*, un document de consultation recommandé par le Département régional de médecine générale. Il présente ses principaux éléments. Le lecteur intéressé à en connaître davantage pourra se référer au texte intégral du plan dont les coordonnées complètes sont publiées 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

En vertu de la Loi sur les services de santé et sur les services sociaux, le Département régional de médecine générale (DRMG) doit définir et proposer un plan d'organisation des services médicaux généraux et des besoins en effectifs médicaux, et en assurer la mise en place et l'application une fois l'adoption de ce plan.

C'est dans ce contexte qu'a été élaboré le **Plan montréalais d'organisation des services médicaux généraux et des besoins en effectifs médicaux**. Ce plan sera soumis aux médecins omnipraticiens pour fin de consultation. La contribution des médecins omnipraticiens est essentielle à la poursuite des objectifs fixés par la Régie régionale, notamment en matière d'accessibilité aux services médicaux généraux et de modèles d'organisation des services, étape préalable à la mise sur pied d'une première ligne forte des services médicaux à Montréal.

But : Améliorer l'organisation des services médicaux de première ligne

Le Département régional de médecine générale veut travailler, en collaboration avec tous les omnipraticiens du territoire et les partenaires du réseau de la santé, à bâtir avant tout un réseau fonctionnel de première ligne, accessible, dans une perspective de prise en charge et de continuité des soins et services.

Pour être efficaces et efficients, les omnipraticiens doivent avoir accès aux techniques diagnostiques, à l'expertise spécialisée et à l'ensemble des professionnels du réseau. De plus, un réseau fonctionnel doit pouvoir compter sur l'implantation d'un système d'information clinique et administratif.

Principes directeurs - « Le patient au centre de nos préoccupations »

- ▶ Prise en charge
- ▶ Continuité des soins et des services
- ▶ Des soins globaux : prévenir, guérir, soigner
- ▶ Accessibilité
- ▶ Hiérarchisation des soins et des services médicaux
- ▶ Collaboration interprofessionnelle et interétablissements.

Un réseau intégré

Un réseau intégré est constitué d'un ensemble de personnes, d'organismes, d'établissements qui concourent au même but et dont les différentes composantes (ressources matérielles, financières et humaines) forment un tout.

Ce réseau doit impliquer tous les médecins omnipraticiens du territoire de la Régie régionale de Montréal, membres du Département régional de médecine générale, qui offrent des services médicaux de première ligne quels que soient leurs milieux d'exercice : CLSC, cliniques médicales, cabinets, unités de médecine familiale, centres d'hébergement et de soins de longue durée, centres de réadaptation et toutes les nouvelles formes organisationnelles d'offre de services à venir (groupes de médecine de famille (GMF), cliniques de médecine familiale réseaux, dites cliniques pivots).



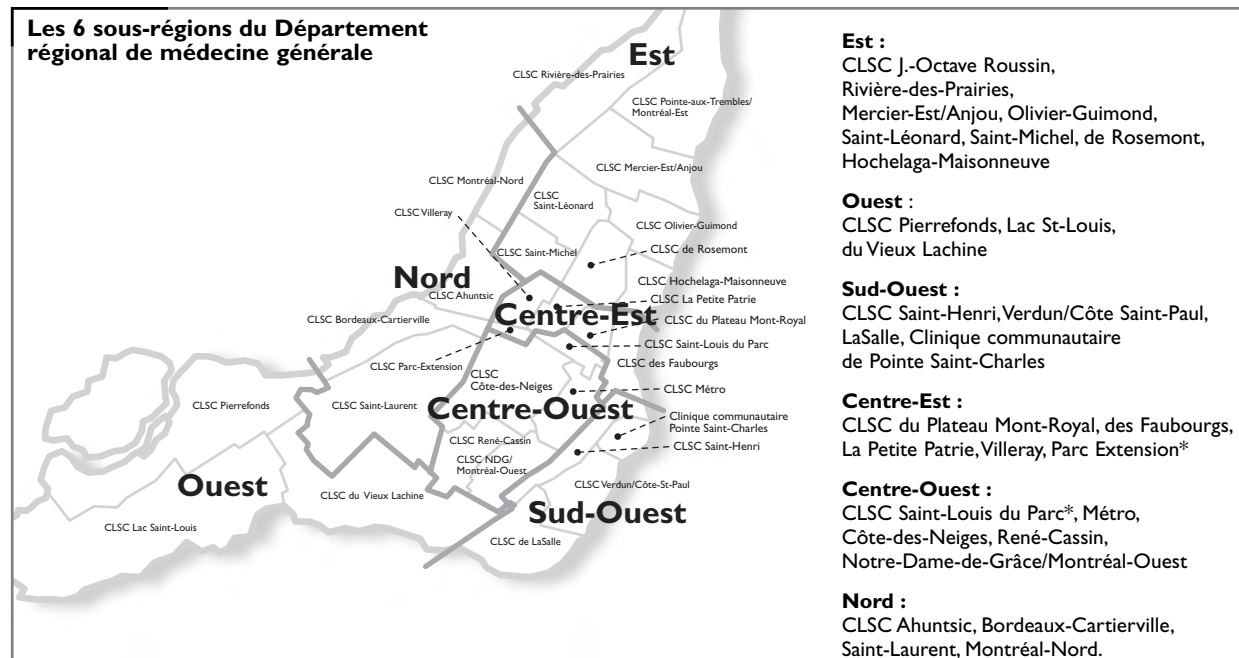
Mission d'un réseau intégré

Ce réseau aura pour mission d'assurer, à toute la population du territoire, une gamme complète de soins et services médicaux de première ligne, de courte ou de longue durée : services de prévention, de diagnostic, de traitement, de réadaptation, de soins palliatifs. Il devra respecter toutes les caractéristiques essentielles suivantes : universalité, gratuité, accessibilité (géographique, physique, horaire), globalité, continuité, homogénéité, efficacité et qualité des services.

Division territoriale

L'organisation d'un réseau de soins généraux qui vise à rapprocher le plus possible les services du milieu de vie naturel et habituel du citoyen favorisait la division du territoire de Montréal en sous-régions. Cette division doit respecter les habitudes et les mouvements naturels de consultation des citoyens et les organisations de concertation qui existent déjà et qui fonctionnent bien. Pour les fins de la planification des services médicaux de première ligne, le territoire de Montréal a donc été divisé en six sous-régions qui regroupent les territoires des CLSC. Chaque sous-région demeure perméable pour l'ensemble des citoyens et médecins et devra assurer à la population une organisation des services médicaux généraux de première ligne.

Les 6 sous-régions du Département régional de médecine générale



* À la suite de leur demande, nous recommandons que le CLSC Parc Extension fasse maintenant partie de la sous-région Centre-Ouest et que le CLSC Saint-Louis du Parc fasse maintenant partie de la sous-région Centre-Est.



L'accès aux services diagnostiques

Tenant compte des besoins identifiés par les médecins membres du comité de direction du Département régional de médecine générale de Montréal, les omnipraticiens du territoire doivent avoir les outils nécessaires pour répondre aux exigences de leur rôle clinique. Il s'agit généralement :

- ▶ des prélèvements sanguins, microbiologiques et cytologiques de base,
- ▶ de l'imagerie médicale comprenant les examens radiographiques, fluoroscopiques, échographiques (incluant le Doppler), la tomographie axiale assistée par ordinateur (CT-Scan), la résonance magnétique nucléaire (RMN) et les examens scintigraphiques,
- ▶ des examens d'électrophysiologie tels que ECG (repos, effort, thallium, MIBI), électromyogramme (EMG) et électro-encéphalogramme (EEG),
- ▶ des analyses de fonctions respiratoires.

Les délais d'accessibilité attendus et proposés afin d'assurer une première ligne efficace sont les suivants :

Moins de 24 heures pour les situations urgentes :

- soit le jour même, avec communication des résultats au médecin requérant dans les **deux heures** qui suivent l'examen.

1 à 5 jours pour les situations semi-urgentes :

- avec communication des résultats au médecin requérant la **journée même** de l'examen.

1 à 4 semaines pour les situations électives :

- avec communication des résultats au médecin requérant dans un **délai d'une semaine ou moins**.

Recommandations

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

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;
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 de suivi (DAMU, CMR, DRMG¹) 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;

¹ Direction des affaires médicales et universitaires, Commission médicale régionale, Département régional de médecine générale



- ▶ 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 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 pré-doctorale, 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, face rapport à la CMR et au DRMG sur l'état de réalisation de ces recommandations.

L'accès aux services médicaux spécialisés

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)
- ▶ La communication des résultats de la consultation initiale et des visites subséquentes, le cas échéant, et du plan de traitement et de suivi.

Solutions proposées pour faciliter l'accès aux services médicaux spécialisés :

Situations semi-urgentes (1 à 5 jours)

Les médecins de certaines spécialités sont appelés à répondre à des consultations semi-urgentes, notamment en médecine interne, en cardiologie, en pneumologie, en gastro-entérologie, etc.

Les conditions semi-urgentes impliquent plus souvent l'utilisation d'un plateau technique plus lourd, généralement disponible en centre hospitalier. Il faudrait donc prévoir :

- ▶ Une accessibilité en clinique externe ou en centre de soins ambulatoires avec des plages de rendez-vous réservées auprès des consultants à des nouveaux patients de même qu'aux patients déjà connus dont l'état se détériore
- ▶ L'optimisation de l'efficacité des cliniques externes hospitalières (confirmation des rendez-vous des nouveaux patients, gestion serrée des rendez-vous, etc.)
- ▶ La disponibilité appropriée du plateau technique pour le médecin consultant
- ▶ La transmission des résultats de la consultation et du plan de traitement au médecin requérant de façon rapide : le jour même si le patient est immédiatement retourné aux soins de l'omnipraticien, ou dans un délai d'une semaine ou moins dans les autres cas.



Situations électives (1 à 4 semaines)

Toutes les spécialités cliniques sont visées par des consultations électives. Le lieu de la consultation peut autant être en cabinet, en clinique, en CLSC qu'en clinique externe ou en centre de soins ambulatoires, selon l'organisation de chaque spécialité. Une accessibilité adéquate implique :

- ▶ Une prise de rendez-vous plus facile
- ▶ Des plages de rendez-vous disponibles auprès des consultants pour des nouveaux patients
- ▶ L'optimisation de la gestion des rendez-vous, particulièrement dans les cliniques externes des centres hospitaliers
- ▶ La disponibilité appropriée du plateau technique pour les médecins consultants
- ▶ La transmission des résultats de la consultation et du plan de suivi et de traitement au médecin requérant dans un délai d'une semaine ou moins.

▶ **Recommandations**

Afin de rendre disponible le niveau d'accessibilité requis pour une bonne prise en charge des problèmes de santé des patients par les médecins omnipraticiens, nous recommandons :

1. Que la Régie régionale de Montréal supporte de façon prioritaire l'informatisation des lieux de consultations des médecins requérants et consultants, avec les liens nécessaires au Réseau de télécommunication sociosanitaire;
2. Que la Régie régionale de Montréal 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 et universitaires 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, en collaboration avec les établissements, encourage l'utilisation d'un formulaire normalisé de résumé d'information médicale sommaire lors du congé d'un patient hospitalisé. Ce formulaire devrait comprendre une copie à remettre à l'utilisateur 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 (ceci pourrait se faire par étape, une sous-région à la fois) 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 de surveillance pour permettre de réagir efficacement si les délais d'accès aux consultations en cliniques externes spécialisées deviennent inacceptables.



La médecine familiale à Montréal, aujourd'hui

Les omnipraticiens œuvrent dans plusieurs champs d'activités (gériatrie, obstétrique, périnatalité, enseignement et recherche, hospitalisation, santé mentale, santé publique, santé au travail, soins palliatifs, soins intensifs, maintien à domicile, etc.). Même s'il est souhaitable que les omnipraticiens continuent d'occuper ces champs de pratique, leur rôle premier est de prendre en charge une clientèle et d'en assurer le suivi. C'est pourquoi nous devons réussir à mettre sur pied une première ligne de services médicaux généraux qui sera un véritable filet de sécurité pour la population. Nous sommes à la croisée des chemins. Plusieurs éléments nourrissent notre réflexion :

Constats

La population desservie et ses besoins

- ▶ Les besoins grandissants de la population à desservir (1 838 472 résidents et environ 350 000 non résidents) :
 - La population la plus âgée du Québec
 - Des zones de grande pauvreté
 - Le manque de prise en charge des patients
 - Les clientèles vulnérables dont 35 000 patients orphelins c.-à-d. sans médecin de famille
 - Des grandes problématiques : la santé mentale, l'itinérance, la polytoxicomanie, le VIH.
- ▶ La population est en croissance par l'augmentation annuelle nette de 15 000 personnes résidentes sur l'île de Montréal.
- ▶ L'accès à la prise en charge et au sans rendez-vous sont des services légitimement attendus par la population.

Les effectifs médicaux de Montréal

- ▶ Les problèmes majeurs d'effectifs médicaux en médecine générale à la grandeur du Québec, y compris à Montréal.
- ▶ La région de Montréal a de nombreux spécialistes, cependant ils ne sont pas exclusivement au service de la population résidente. Entre 25 % et 30 % des services médicaux de premier et de deuxième niveaux offerts par les spécialistes dans les hôpitaux sont utilisés par la population de la périphérie de Montréal.
- ▶ La première ligne est fortement fragilisée, donc vulnérable : fermeture de cliniques.
- ▶ Le Département régional de médecine générale est responsable des plans régionaux d'effectifs médicaux (PREM) et des plans régionaux d'organisation des services (PROS). Précisons que désormais, les effectifs médicaux en cabinets et en cliniques font partie du plan d'effectifs.

L'organisation des services

- ▶ La situation dans les salles d'urgence est précaire. Le Ministère et la Régie régionale désirent que l'on fasse les efforts nécessaires pour améliorer le fonctionnement des salles d'urgence.
- ▶ Le virage ambulatoire inachevé, la première ligne, n'ayant pas été associée à ce changement majeur, n'était pas prête à assumer un tel choc.



- Fragmentation des plages horaires :
 - surtout durant les heures dites défavorables;
 - la moyenne hebdomadaire d'heures d'ouverture par point de services est 56;
 - contribution accessoire des CLSC aux services médicaux généraux ambulatoires d'urgence, surtout en dehors des heures régulières.
- Deux problématiques majeures : l'accessibilité appropriée à un plateau technique diagnostique et à la consultation spécialisée en temps opportun.
- Il y a consensus à l'effet que la première ligne est l'assise du réseau de soins.
- Il existe une volonté du ministère de la Santé et des Services sociaux de réorganiser la première ligne, notamment en soutenant la mise en place des GMF.

MODÈLE ORGANISATIONNEL

La médecine familiale de l'avenir à Montréal

Nous ne saurions envisager l'avenir sans compter sur les cabinets, les cliniques et les CLSC existants. Ces points de services répondent aux besoins changeants de la clientèle. Cependant, de nouvelles avenues sont à explorer : les Groupes de médecine de famille et les cliniques de médecine familiale réseaux, dites cliniques pivots.

Les Groupes de médecine de famille (GMF)

Le comité de direction du Département régional de médecine générale favorise le regroupement des médecins et, en ce sens, le GMF constitue une avenue. Selon lui, voici ce que devrait être un GMF à Montréal : un groupe est formé de suffisamment de médecins omnipraticiens pour offrir une gamme de services définis dans une approche de soins personnalisés. Un nombre majoritaire de médecins ont leur activité principale dans le groupe et en constitue le noyau de base : ils assurent à leur clientèle une organisation de soins et services globaux et continus. Nous favorisons une entente mutuelle de responsabilité et de fidélisation de part et d'autre, patient et médecin traitant et son groupe.

Pour la gamme de services de première ligne, le groupe offre, en collaboration avec d'autres professionnels de la santé, des services de promotion et de prévention ainsi que des services curatifs et palliatifs. Une attention particulière doit être portée à la clientèle vulnérable qui est définie et bien identifiée : elle comprend les personnes âgées en perte d'autonomie, les personnes avec des problèmes graves de santé mentale, avec maladies complexes et chroniques, les patients requérant des soins palliatifs. Cette clientèle est fréquemment inscrite au programme de service et de maintien à domicile du CLSC.

Idéalement, l'étendue des services offerts correspond à tous ceux requis par une population tout au long de sa vie. Les services sont accessibles tous les jours de la semaine (7 jours sur 7) avec et/ou sans rendez-vous. Le groupe assure une organisation de services pour répondre de façon quotidienne aux besoins urgents de ses patients. Ainsi, pour assurer l'accessibilité des soins à sa clientèle, le groupe peut participer au réseau d'accessibilité avec les autres professionnels de sa région. Le groupe assure des consultations médicales à domicile et participe à la garde en disponibilité pour les personnes à domicile en perte sévère d'autonomie, fragilisées ou qui nécessitent des soins palliatifs.



Les médecins du groupe travaillent dans une approche de collaboration avec des infirmières et autres professionnels de la santé : travailleurs sociaux, diététistes, physiothérapeutes, ergothérapeutes, psychologues, pharmaciens, etc. Les infirmières, sous la supervision et la coordination des médecins, participent aux activités d'éducation, de prévention, de prise en charge de problèmes de santé complexes et de gestion de cas. Elles coordonnent les activités de liaison avec les services de deuxième ligne, les CLSC et les autres établissements.

Le groupe de médecine de famille (GMF) établit un mécanisme d'évaluation de la qualité et de l'efficacité de l'organisation de ses services à sa clientèle. Le groupe de médecine de famille doit s'intégrer au plan régional d'organisation des services médicaux généraux de son Département régional de médecine générale.

Le Ministère a édicté plusieurs principes et conditions de base pour l'accréditation des GMF :

- ▶ Inscription de tous les patients est un élément fondamental
- ▶ Garde en disponibilité 24h/7j pour la clientèle vulnérable
- ▶ Entente signée par tous les médecins participants
- ▶ Protocole d'entente signé entre le GMF et le CLSC
- ▶ Convention signée entre la Régie régionale et le GMF
- ▶ C'est le ministre de la Santé et des Services sociaux qui accrédite un GMF, autorise l'aide technique et financière, transmet les budgets affectés au GMF à la Régie régionale qui en assure le suivi.

Les Cliniques de médecine familiale réseaux, dites pivots

Avec 29 CLSC, 175 cliniques, 10 unités de médecine familiale, 210 cabinets, la population de Montréal a du mal à s'y retrouver vu la diversité des plages horaires. De plus, même avec des entités bien structurées comme les GMF, il est illusoire d'envisager l'ouverture de tous ces points de services durant de longues heures et ce, 365 jours par année. D'autre part, dans certaines sous-régions, plusieurs plages horaires ne sont pas couvertes.

Il nous apparaît donc important de mettre sur pied un véritable réseau d'accessibilité constitué d'environ 40 cliniques de médecine familiale réseaux (pivots) parmi nos points de services. Les CLSC et les GMF pourront évidemment participer à ce réseau d'accessibilité et être reconnus comme l'un de ces points. Cependant, ces points de services seraient surtout des cliniques médicales, car elles sont déjà en plus grand nombre et elles offrent actuellement la très grande majorité des services médicaux généraux en heures défavorables.

Nous visons la mise en place de 40 cliniques de médecine familiale réseaux, dans un ratio d'une clinique pour 50 000 de population, qui seraient ouvertes en sans rendez-vous de 8 heures à 21 heures, 365 jours par année.

Ce réseau constituerait un véritable filet de sécurité pour la population. Nous sommes également convaincus que ce réseau permettrait aux salles d'urgence de mieux fonctionner en favorisant une utilisation judicieuse des services spécialisés et de l'expertise qu'on y retrouve.

Il ne s'agit pas toutefois de mettre sur pied des établissements spécialisés en sans rendez-vous. Bien que très utile, le « sans rendez-vous » ne doit pas constituer l'assise de la pratique de la médecine familiale. Dans tous les points de services médicaux généraux, la majorité des médecins devraient y avoir leur activité principale et la grande majorité des activités cliniques devraient être consacrées au suivi de la clientèle avec rendez-vous, non pas uniquement pour un



épisode de soins mais aussi pour des activités de prévention, de suivi régulier et d'examen périodique. Une attention particulière devrait également être portée aux clientèles vulnérables. D'ailleurs, ces cliniques de médecine familiale réseaux assumeraient la prise en charge de leurs clientèles vulnérables qui seraient clairement identifiées et inscrites auprès de leur médecin traitant à l'intérieur du groupe. Il se doit d'en être ainsi pour nos futures cliniques de médecine familiale réseaux.

Ces cliniques réseaux devraient signer une entente de service avec la Régie régionale et ce via son Département régional de médecine générale. Le panier de services et les heures d'ouverture y seraient précisés. Puisque pour la très grande majorité de ces cliniques, cela supposerait un allongement des heures d'ouverture pouvant aller jusqu'à 50 %, cela nécessiterait un soutien administratif de la Régie régionale. De plus, ces cliniques devraient être reliées au Réseau de télécommunication sociosanitaire pour une meilleure circulation de l'information (ex. : analyses de laboratoires et rapports de consultation).

Le plateau technique

Dans la région montréalaise, il est difficile voire impossible d'obtenir une simple formule sanguine en après-midi de semaine ou une échographie d'urgence à moins que le patient décide de payer les frais requis en clinique privée. La grande majorité de ces cas se retrouvent donc à l'urgence.

Nous proposons qu'il y ait des centres de prélèvements urgents avec l'équipement nécessaire pour en faire l'analyse dans ces cliniques réseaux. De plus, 8 à 10 de ces 40 cliniques devraient être équipées de l'échographie. Elles existent déjà dans le réseau privé, et un contrat de service pourrait être signé avec la Régie régionale pour un certain nombre d'échographies urgentes qui deviendraient donc assurées par le système public. Ainsi, la première ligne serait bien préparée à assumer ses responsabilités et la population serait mieux servie, autant en première qu'en deuxième ligne.

NOS PRIORITÉS

Objectif général

Mettre sur pied un réseau intégré de services médicaux de première ligne, accessible 365 jours par année, assurant des soins globaux, la prise en charge et la continuité pour l'ensemble de la population à desservir, en favorisant et en supportant le regroupement des ressources médicales existantes.

Plan d'action

- ▶ Favoriser et supporter les omnipraticiens désirant se regrouper selon les modèles d'organisation proposés.
- ▶ Favoriser la collaboration entre les diverses organisations médicales pour un réseau intégré d'accessibilité.
- ▶ Développer dans chacune des sous-régions des cliniques avec un plateau technique complet qui seront des points de services accessibles pour l'ensemble des omnipraticiens et de leurs patients de la sous-région.
- ▶ Développer des ententes de services entre tous les points de services médicaux généraux et leurs partenaires du réseau (professionnels des CLSC, centres de soins ambulatoires des hôpitaux, cliniques radiologiques, ressources médicales spécialisées) facilitant l'accès pour leurs patients à toutes les ressources nécessaires.



Objectif spécifique

Assurer la prise en charge, dans une perspective de complémentarité avec le réseau, des clientèles vulnérables en perte d'autonomie due au vieillissement ou à une maladie chronique ou à une maladie terminale et ce, dans chacune des sous-régions.

Plan d'action

- ▶ Établir, dans les regroupements cliniques, les ressources professionnelles nécessaires au suivi des clientèles vulnérables en lien avec le réseau.
- ▶ Identifier ou inscrire les clientèles vulnérables dans les regroupements cliniques.
- ▶ Finaliser la mise en place de la garde infirmière et médicale 24/7 pour les patients maintenus à domicile et associés aux centrales 24/7 des services Info-Santé CLSC.
- ▶ Concevoir, favoriser et supporter les activités de formation médicale continue pour le développement et le maintien de la compétence des omnipraticiens en regard des pathologies chroniques, des problématiques du vieillissement de la population et des soins palliatifs.
- ▶ Créer l'accessibilité en tout temps à la consultation avec des collègues omnipraticiens ou spécialistes identifiés et possédant l'expertise dans ces champs d'activité.

Objectif spécifique

Mettre en place l'organisation des services médicaux de première ligne pour les clientèles avec problèmes de santé mentale dans un modèle de soins partagés entre les omnipraticiens et les équipes spécialisées en psychiatrie, pour un réseau intégré de soins continus en psychiatrie dans chacune des sous-régions du Département régional de médecine générale.

Plan d'action

- ▶ Créer avec les équipes spécialisées en psychiatrie le modèle de soins partagés en santé mentale.
- ▶ Établir, dans chacune des sous-régions, les ententes avec les équipes spécialisées en psychiatrie pour la mise en place du réseau intégré.
- ▶ Diffuser aux omnipraticiens le modèle de soins partagés en santé mentale.
- ▶ Concevoir les activités de formation médicale continue en santé mentale.

Objectif spécifique

Intégrer les pratiques cliniques préventives dans l'exercice médical courant.

Plan d'action :

- ▶ Poursuivre les activités de soutien pour l'intégration et le maintien des pratiques cliniques préventives dans les groupes de médecine de famille et autres types de pratiques par l'élaboration et la consolidation d'outils cliniques pratiques à l'intention des patients, des infirmières et des médecins;



- Poursuivre les activités de formation et d'information qui visent le transfert des connaissances des pratiques cliniques préventives auprès des médecins par un programme de type prévention en pratique médicale;
- Poursuivre des activités de prévention et de promotion de la santé cardiovasculaire auprès des équipes multidisciplinaires des CLSC par des programmes tels que celui «Au cœur de la vie»;
- Plus spécifiquement, pour les maladies infectieuses, collaborer à désigner six points de services de post-exposition en première ligne pour l'évaluation, le suivi et la prise en charge des patients et des contacts, soit une clinique médicale, un groupe de médecine de famille ou une clinique de médecine familiale réseaux et un CLSC responsables par sous-région.

ÉVOLUTION DES EFFECTIFS EN OMNIPRATIQUE À MONTRÉAL

Activités en première ligne

Les données de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ) démontrent clairement que, de 1992 à 2001, la pratique médicale s'est déplacée vers les établissements tels que les CLSC et les CHSLD au détriment des services dans les cabinets et les cliniques (- 107,7 ETP). Comme ces derniers constituent la principale porte d'entrée pour assurer l'accessibilité aux services médicaux, cette constatation est inquiétante.

Les activités des médecins omnipraticiens ETP exerçant en soins de première ligne dans la région de Montréal²

Années	Cabinets médicaux	CLSC	CHSLD	Total en première ligne
1992-1993	1 017,7	81,3	60,3	1 159,3
1993-1994	1 005,8	132,6	69,8	1 208,2
1994-1995	1 004,3	140,7	73,1	1 218,1
1995-1996	997,4	155,3	71,1	1 223,7
1996-1997	985,9	156,4	68,6	1 210,9
1997-1998	939,2	151,7	71,0	1 161,9
1998-1999	916,3	146,1	68,2	1 130,6
1999-2000	926,8	148,2	76,1	1 151,2
2000-2001	910,0	151,9	83,3	1 145,2

2 | FMOQ, Des omnipraticiens à la grandeur du Québec : Évolution des effectifs et des profils de pratique -Région 06 : Montréal-Centre, juillet 2002, page 6



Activités en deuxième ligne

Le réseau hospitalier, largement développé dans notre région à vocation régionale, extrarégionale et nationale, constitue un pilier dans notre réseau de la santé. Près du tiers (30,2 %) des omnipraticiens exerçant à Montréal le font en deuxième ligne. La croissance s'est effectuée aux dépens des services d'urgence, alors que l'hospitalisation s'est stabilisée. C'est un équilibre qu'il est essentiel de maintenir afin d'éviter une rupture de services.

Les activités des médecins omnipraticiens ETP exerçant en soins de deuxième ligne dans la région de Montréal³

Années	ETP en CHSGS dans la région	ETP hospitalisation dans la région	ETP urgence	% en soins de deuxième ligne
1992-1993	520,00	174,49	170,19	29,7
1993-1994	525,40	180,38	178,37	29,8
1994-1995	526,04	173,91	185,50	29,6
1995-1996	515,42	162,49	183,42	29,2
1996-1997	490,11	165,70	173,77	28,4
1997-1998	473,75	158,50	176,49	28,4
1998-1999	459,67	157,78	180,76	28,3
1999-2000	476,68	165,24	191,58	28,6
2000-2001	511,21	181,37	205,73	30,2

Nos besoins en médecins omnipraticiens

Il faut établir les besoins de la région en services médicaux en tenant compte de la répartition des effectifs médicaux selon les lignes de soins et les problématiques qui caractérisent notre territoire.

En l'absence de données terrain validées, les principales sources d'information utilisées sont celles du Ministère et de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ).

L'utilisation de la méthode de calcul proposée par la FMOQ nous indique un déficit (ETP) de 188 omnipraticiens à Montréal :

- ▶ déficit omnipraticien en première ligne = 135
- ▶ déficit omnipraticien en salle d'urgence = 16
- ▶ déficit omnipraticien en deuxième ligne = 37

3 | FMOQ, Des omnipraticiens à la grandeur du Québec : Évolution des effectifs et des profils de pratique -Région 06 : Montréal-Centre, juillet 2002, page 6



Par ailleurs, nous croyons que ce déficit n'est pas uniquement de 188 médecins (ETP) mais plutôt d'environ 315 omnipraticiens à Montréal. Nos calculs tiennent compte du bassin de desserte réel, des facteurs de pondération selon l'âge, le sexe et la situation socioéconomique de la population montréalaise ainsi que du volume de médecins omnipraticiens œuvrant en santé publique et en éducation.

Plan régional d'effectifs médicaux

Conscients de la pénurie provinciale en ressources médicales qui entraînera des choix difficiles à faire, nous cherchons à participer à une répartition équitable des effectifs médicaux sans pour autant que la région de Montréal soit privée d'une quote-part légitime. Le défi d'organiser une première ligne fonctionnelle en mobilisant les ressources médicales intrarégionales ne suffira pas à maintenir les acquis en deuxième ligne sans ressources supplémentaires, compte tenu de la conjoncture actuelle.

Pour ce faire, il faut établir une planification et une gestion des effectifs médicaux adaptée à notre situation avec la collaboration de tous et chacun et partager un même objectif : répondre le mieux possible aux besoins de santé de notre population en tenant compte des priorités établies, c'est-à-dire :

- ▶ Élaborer le plan régional des effectifs médicaux généraux (PREM) en conformité avec les orientations ministérielles et les besoins de notre région et faire connaître les règles de gestion;
- ▶ Mettre à jour et évaluer les besoins en omnipratique dans tous les établissements de notre région afin de déterminer les établissements et les secteurs prioritaires qui présentent des besoins réels et immédiats en effectifs médicaux, dans l'ordre suivant :
 - 1) Centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés
 - 2) CLSC et cabinets
 - 3) Centres d'hébergement et de soins de longue durée et centre hospitalier de soins psychiatriques
 - 4) Centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant une mission de réadaptation, centres de réadaptation, etc.;
- ▶ Établir des critères de répartition et de besoins relatifs aux effectifs médicaux adaptés à la réalité de notre région afin de sauvegarder les acquis et d'assurer une deuxième ligne sans interruption de services;
- ▶ Identifier et dresser une liste des activités médicales particulières et des secteurs priorités afin de maintenir la pratique omnipratique en deuxième ligne sans fragiliser la première ligne;
- ▶ Mettre en œuvre la réorganisation de la première ligne et évaluer les besoins nécessaires en effectifs afin d'assurer l'accessibilité, la prise en charge et la continuité des services médicaux adaptés aux besoins de la population;
- ▶ Adapter le plan régional des effectifs médicaux en fonction des plans d'organisation et des effectifs médicaux des établissements et du plan montréalais d'organisation des services médicaux du Département régional de médecine générale.



DÉCIDER - AGIR - ÉVALUER - AJUSTER

Dans le rapport de la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux « *Les solutions émergentes* » nous pouvons lire :

« Maintenant, un nouveau leitmotiv devrait rapidement s'imposer à tout le réseau: décider, agir, évaluer, ajuster. C'est cela qui fait la différence entre un réseau qui tourne en rond, avec de rares projets pilotes, qu'on oublie finalement, et un réseau qui implante graduellement une nouvelle organisation de services. »

C'est dans cet esprit que nous voulons contribuer à l'organisation du réseau des services médicaux généraux de première ligne et que ce document a été écrit. Nous voulons en assurer une gestion dynamique de son développement.



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 généraux
et des besoins en effectifs médicaux,**

« *L'accès en actions* » - Document de consultation recommandé
par le Département régional de médecine générale,
Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre,
120 pages, incluant 6 annexes, 2003.

© Régie régionale de la santé et des services sociaux
de Montréal-Centre, 2003

Dépôt légal - Bibliothèque nationale du Québec, 2003
ISBN 2-89510-112-4

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 General Medical Services and Medical Staffing,
"Action for Access" - Summary*



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