

LE MOT DU CHEF DU DRMG

LES SALLES D'URGENCE, REFLET DE NOTRE SYSTÈME DE SANTÉ

EMMANUELE CARNIER/FOC



Vous avez tous lu des articles, regardé des reportages ou entendu à la radio des commentaires sur la situation de nos salles d'urgence. Il s'agit là d'une situation fort complexe et qui nécessite encore des améliorations malgré les efforts du Ministère.

Chaque hôpital se penche régulièrement sur la performance de son urgence et tente de faire mieux. De leur côté, les agences régionales veillent au grain et le ministre de la Santé et des Services sociaux, Philippe Couillard, s'informe quotidiennement de la situation. Il s'agit d'une problématique importante, car souvent l'urgence devient la ressource ultime pour un patient qui y retrouve l'expertise en soins critiques.

À Montréal, plusieurs comités de réflexion — multi-direction à l'Agence et multi-CSSS — sont actifs depuis ce printemps et partagent cet objectif d'un fonctionnement optimal de nos salles d'urgence. Le comité de direction du DRMG, pour sa part, a transmis en juin dernier au président-directeur

général de l'Agence de Montréal, David Levine, une série de recommandations pour offrir de meilleurs services à la population.

Constatant que de nombreuses études récentes, documentées et sérieuses concluaient que la force d'un système de santé repose sur une première ligne médicale forte, performante,

bien soutenue, bien coordonnée et bénéficiant des ressources professionnelles adéquates, bref une première ligne elle-même en bonne santé, le DRMG a émis une série de 14 recommandations dont les principales sont reproduites dans cet article.

Certaines sont audacieuses, mais nous croyons qu'elles ont le pouvoir d'améliorer la situation.

- Régler le problème du personnel infirmier, conserver nos forces vives jeunes et moins jeunes sur le terrain. Il faudrait voir à établir une meilleure complémentarité entre les divers professionnels (médecins, infirmières, auxiliaires, etc.) dans le respect des compétences de chacun. ➤

Accélérer la cadence pour soutenir la médecine familiale et le médecin de famille qui constituent l'assise incontournable d'un système de santé performant.

Dans ce numéro

Le mot du chef du DRMG	1
Un plan régional, six priorités et 17 salles d'urgence!	3
PREM 2007-2008-2009	3
Entrevue avec Jean-François Morin, président du Comité régional sur les services pharmaceutiques de Montréal	4
Prévenir les grossesses et les naissances non désirées	6
Un centre d'éducation pour la santé près de chez vous	7
Au revoir D' Marciel	8

À NOTER:

vous pouvez consulter l'Express DRMG et sa version anglaise DRMG Express sur le site Internet de l'Agence dans la section DRMG / Publications à l'adresse www.santemontreal.qc.ca
Seule la version en français de l'Express DRMG est disponible en format papier.



- Accélérer la cadence pour soutenir la médecine familiale et le médecin de famille qui constituent l'assise incontournable d'un système de santé performant. Faire citation De gros efforts en ce sens ont été consentis par les divers décideurs au cours des dernières années; il faut les poursuivre.
- S'assurer que les équipes médicales sont en nombre suffisant dans les salles d'urgence.
- Établir un ratio *lits aigus/achalandage et lourdeur de l'urgence* afin de favoriser une rotation efficace à l'urgence.
- Encourager, au sein de l'hôpital et de l'urgence :
 - le rôle incontournable de l'infirmière de liaison;
 - l'approche SIPA;
 - le monitoring du séjour à l'urgence;
 - un accès adéquat aux spécialistes et au plateau technique;
 - le développement d'un outil d'évaluation de la clientèle fréquentant une salle d'urgence;
 - l'implantation sécuritaire de protocole de surcapacité là où la situation l'impose;
 - le suivi des séjours hospitaliers sur les étages;
 - le respect de la mission « courte durée » des lits dressés;
 - des ressources supplémentaires pour la réadaptation, l'hébergement de longue durée, les hôpitaux de jour et les services de maintien à domicile;
- l'accélération de la cadence du développement de nos réseaux locaux, les RLS, en soutenant les forces en place et en continuant l'implantation des GMF et des cliniques-réseau;
- une meilleure communication et des liens solides entre les hôpitaux pour mieux orienter les cas plus légers, dits P-4 ou P-5, vers ces points de services et ainsi éviter la salle d'urgence.
- Encourager les transports ambulanciers, lorsque nécessaire, pour le bon patient, au bon moment et au bon endroit.
- Mettre sur pied un plateau technique public sans frais supplémentaires pour les patients et dédié à la première ligne médicale.
- Quelques autres recommandations livrées en bloc: meilleure gestion de la réadaptation, notamment en ce qui concerne la desserte du 450 par le 514; meilleure gestion des lits en CHSLD; plus grande implication de l'équipe médicale; meilleure coordination des transferts CHSLD-urgence et retours aux CHSLD; accès à un plateau technique de base en CHSLD et à des ressources pouvant éviter des transferts.

Qui dit maladie 24/7, dit services 24/7. N'est-il pas paradoxal de voir presque tout notre système de santé passer « en petite vitesse » les samedis et dimanches alors que les équipements sont là ?

- Faire fonctionner notre système de santé sept jours sur sept, puisque la maladie ne prend pas congé les fins de semaine. Qui dit maladie 24/7, dit services 24/7. N'est-il pas paradoxal de voir presque tout notre système de santé passer « en petite vitesse » les samedis et dimanches alors que les équipements sont là ? Faire citation Cela a comme conséquence que dès le vendredi les établissements passent en « moyenne vitesse » et que les lundis servent à rattraper les deux jours perdus. Faites le calcul, vous ajoutez deux journées entières d'opération aux cinq jours de la semaine et vous venez d'augmenter la productivité de quarante pour cent ! Bien sûr, il n'y a rien de facile dans tout cela, car nous avons tous déjà de la difficulté à accomplir les cinq jours ouvrables de la semaine. Par ailleurs, il y aurait bien des choses à regarder dans les diverses conventions collectives du personnel impliqué et cela signifie beaucoup, beaucoup de monde. Enfin, il serait souhaitable que les budgets des établissements soient révisés.

Voici donc un aperçu de nos recommandations que nous souhaitons porteuses d'améliorations afin de permettre de mieux servir notre population et mieux soutenir les salles d'urgence de Montréal.

D^r Serge Dulude

CHEF DU DÉPARTEMENT RÉGIONAL
DE MÉDECINE GÉNÉRALE

UN PLAN RÉGIONAL, SIX PRIORITÉS ET 17 SALLES D'URGENCE

L'amélioration de la performance des salles d'urgence de la région est un objectif prioritaire à Montréal. Depuis avril 2007, plusieurs comités, dont les participants représentent différents milieux, sont en place dans le but de produire et d'exécuter un plan d'action régional axé sur six priorités :

- Implanter une gestion intégrée au niveau régional;
- Réduire la fréquentation des salles d'urgence;
- Assurer la prise en charge par la première ligne médicale et les CSSS

des clientèles vulnérables et des patients orphelins;

- Revoir les processus et l'utilisation des ressources entourant le congé de l'hôpital;
- Développer des mesures particulières à l'intention de la clientèle âgée (avant, pendant et après le séjour à l'urgence);
- Améliorer la gestion interne des salles d'urgence et des unités de soins.

Par ailleurs, dans le cadre des responsabilités qui leur sont confiées, la Table

régionale des chefs de département de médecine spécialisée de même que le comité de direction du DRMG ont été sollicités afin de déposer leurs recommandations respectives.

Quatorze recommandations ont été adressées le 20 juin dernier par le DRMG à l'attention de M. David Levine. Celles-ci seront intégrées au plan d'action dont le dépôt est attendu à l'automne 2007.

Monique Tremblay

ADJOINTE PAR INTÉRIM AU DIRECTEUR DES AFFAIRES MÉDICALES ET UNIVERSITAIRES

PREM 2007-2008-2009

FERMETURE DU PREM 2007

Le PREM 2007 se terminera le 30 novembre prochain. D'ici là, environ 25 postes sont toujours à combler par des médecins en provenance d'autres régions du Québec. Les besoins se trouvent autant en cabinet qu'en établissement : CLSC, centres hospitaliers universitaires, centres hospitaliers affiliés, hôpitaux généraux, centres d'hébergement et centres ou hôpitaux de réadaptation. Bienvenue aux nouveaux arrivants!

SÉLECTION DES POSTULANTS AU PREM 2008

Le comité PREM 2008 du DRMG a reçu en juin dernier les demandes en omnipraticiens des cabinets et établissements qui totalisaient plus de 300 places. Ces demandes se sont réparties dans des proportions de 60 % pour la 1^{re} ligne omnipraticienne (cabinets, CLSC, CHSLD) et de 40 % pour la 2^e ligne (hôpitaux généraux,

universitaires et en réadaptation, institutions carcérales, centres jeunesse).

Compte tenu du nombre probable de 90 postes qui devrait être attribué cet automne par le MSSS au DRMG de Montréal (nouveaux facturants et mobilités interrégionales), le comité de travail a sélectionné 130 postes représentant les besoins prioritaires de Montréal, notamment les services médicaux de première ligne pour la prochaine année. La proportion de l'offre de poste sera de 65 % pour la 1^{re} ligne et de 35 % pour la 2^e ligne, rejoignant presque le ratio des demandes exprimées en omnipraticienne.

La description des secteurs d'activités concernés par les 130 postes ainsi que les informations pertinentes pour les postulants sont maintenant disponibles dans la trousse d'information du PREM 2008 à la section DRMG du site www.santemontreal.qc.ca. Les formulaires de demande d'avis de conformité au PREM 2008 pour les nouveaux factu-

rants seront reçus entre le 15 et le 31 octobre 2007 inclusivement, et ce, en conformité avec l'entente particulière sur le respect des PREM.

PRÉPARATION AU PREM 2009

Pour le PREM 2009, de nouveaux outils et normes seront utilisés afin de déterminer l'ensemble des besoins en médecine générale pour les régions du Québec, et ce, au cours de l'automne 2007 (échéancier décembre 2007).

Le Guide méthodologique (FMOQ-MSSS) de détermination des effectifs médicaux omnipraticiens en CHSGS de même que des normes applicables aux CLSC et CHSLD ainsi qu'un ratio médecins/population seront utilisés. Des informations supplémentaires seront transmises à ce propos aux agences, DRMG et intervenants concernés.

D' Jean Bousquet

MÉDECIN-CONSEIL

ENTREVUE AVEC JEAN-FRANÇOIS MORIN, PRÉSIDENT DU COMITÉ RÉGIONAL SUR LES SERVICES PHARMACEUTIQUES DE MONTRÉAL

Dernier-né des instances régionales, le Comité régional sur les services pharmaceutiques de Montréal (CRSPM) a été mis sur pied en juin 2006, en vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, modifiée par le projet de loi 83. Un an après sa création, *L'Express DRMG* a rencontré son président, Jean-François Morin, qui dresse un bilan du chemin parcouru.

En quelques mots, quels sont le rôle et les responsabilités du Comité régional sur les services pharmaceutiques?

Il s'agit d'abord de soutenir l'organisation régionale des services pharmaceutiques, de collaborer à la mise en place des réseaux locaux de services (RLS) et de faire des recommandations au président-directeur général de l'Agence sur des questions touchant la main d'œuvre et les services pharmaceutiques dans la région.

Quel est le portrait des effectifs de pharmaciens à Montréal?

Nous avons dressé un bilan des ratios nombre de pharmaciens/population par territoire de CSSS et nous avons pu déterminer qu'il n'y avait pas de grands écarts entre les territoires et que la population était assez bien desservie. Malgré le fait qu'il y ait 1656 pharmaciens pratiquant sur l'île de Montréal, il existe tout de même une pénurie de

pharmaciens en établissements et dans la communauté. Cette situation est liée au rôle plus exigeant des pharmaciens et des ressources qui sont de plus en plus demandés dans les unités de soin. Du côté des pharmacies communautaires, les besoins en effectifs ne suffisent pas à combler les demandes de services pharmaceutiques.

Quelles sont les principales réalisations à l'actif du Comité depuis les 12 derniers mois?

Au cours de la dernière année, nous avons été invités à nous prononcer sur différents sujets. À titre d'exemple, le dossier des systèmes automatisés et robotisés pour la distribution des médicaments dans les établissements a retenu notre attention. Les préparatifs en cas de pandémie d'influenza à Montréal, notamment le rôle des pharmaciens dans la distribution des antiviraux pour les sites non traditionnels (SNT) est un dossier qui nous a interpel-

lés. Plus récemment, le projet de garde infirmière et médicale associée nous a amenés à mettre sur pied une garde pharmaceutique de nuit qui aurait la responsabilité de créer et de gérer une armoire de médicaments d'urgence de nuit pour des patients suivis en soins palliatifs. Nous avons également émis un avis sur l'anticoagulothérapie dont le but est d'uniformiser les services de suivi à la population et ainsi avoir un protocole commun. Tous ces dossiers ont fait l'objet de comités de travail et d'un avis écrit du Comité régional sur les services pharmaceutiques.

Les enjeux qui attendent un comité comme le vôtre sont-ils les mêmes ailleurs au Québec?

Je dirais que les enjeux sont les mêmes, peu importe la région, sauf qu'à Montréal les besoins sont plus criants et plus diversifiés. L'enjeu principal pour notre comité est de joindre tous les pharmaciens sur le terrain.

Le CRSPM est composé des représentants de chacun des groupes suivants : les pharmaciens-proprétaires, les pharmaciens exerçant dans les pharmacies communautaires, les chefs de département clinique de pharmacie et les pharmaciens qui exercent leur profession dans un centre exploité par un établissement. Fait également partie de ce comité un représentant de l'école ou de la faculté de pharmacie d'une université qui se trouve sur le territoire de l'Agence.



J.S. ELIE

Comment voyez-vous l'arrivée du Dossier de santé du Québec dans la pratique des pharmaciens?

Le Dossier de santé du Québec est attendu par les pharmaciens. Tous les jours, nous avons des appels de la part des hôpitaux, des infirmières à domicile ou des cliniques qui nous demandent des informations à jour sur un patient. Il y a beaucoup de temps qui se perd à essayer de trouver la bonne information. Avec le Dossier de santé, l'information sera automatiquement mise à jour et accessible aux médecins et aux infirmières. De plus, l'intention thérapeutique des médecins qui prescrivent sera connue. Nous serons ainsi mieux outillés pour

bien encadrer et suivre le patient qui vient à la pharmacie pour se procurer des médicaments.

Quel est votre plan de match pour la prochaine année?

Nous voulons consolider les dossiers sur lesquels nous avons travaillé au cours de la présente année et faire en sorte qu'ils se poursuivent en conformité avec les orientations que nous avons prises. De plus, il y a de nouveaux dossiers qui pointent à l'horizon et pour lesquels nous serons très certainement amenés à prendre part. C'est le cas de la prévention des grossesses non désirées pour laquelle il y a actuellement des ordonnances col-

lectives qui sont déjà rédigées, des infirmières qui sont formées et des pharmaciens qui seront aussi mis à contribution. Je crois également que nous avons un rôle à jouer dans le système intégré de récupération des seringues et des aiguilles usagées. Nous devons nous assurer que les seringues et les aiguilles soient retournées de façon sécuritaire. Enfin, nous organiserons au cours de l'automne notre première assemblée générale. Bref, une année fort chargée en perspective!

**Propos recueillis par
Loraine Desjardins**

COORDONNATRICE DE L'EXPRESS DRMG

PRÉVENIR LES GROSSESSES ET LES NAISSANCES NON DÉSIRÉES

UNE PRIORITÉ POUR LA RÉGION MONTRÉLAISE

Environ 12 000 Montréalaises subissent annuellement un avortement thérapeutique. C'est plus du tiers de tous les avortements pratiqués au Québec. De ce nombre, plus de 1 500 interruptions volontaires de grossesse (IVG) sont le fait de jeunes femmes âgées de moins de 20 ans. Il s'agit, et de loin, du nombre le plus élevé au Québec.

Montréal présente des taux d'avortement nettement supérieurs à la moyenne québécoise pour tous les groupes d'âge. On peut présumer également que bon nombre de grossesses menées à terme ne sont ni planifiées, ni désirées, particulièrement chez les adolescentes. À cela, on peut ajouter que le Québec a le taux d'IVG chez les adolescentes le plus élevé au Canada, ce dernier se situant dans le peloton de tête parmi les sociétés occidentales. La situation à l'égard des grossesses non désirées varie selon les territoires montréalais : règle générale, plus la proportion de personnes à faible revenu est élevée, plus le taux d'IVG chez les adolescentes est élevé.

En plus des coûts que représentent les grossesses non planifiées, elles ont un impact important pour les femmes, les couples et la société. En effet, une grossesse précoce signifie trop souvent l'abandon des études, la précarité d'emploi, les problèmes psychosociaux ainsi que la monoparentalité, conditions pouvant nuire au développement de l'enfant.

C'est pourquoi la Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal estime important de prendre des mesures pour réduire le nombre de grossesses non désirées. Les médecins de première ligne ont un rôle essentiel à jouer dans ce domaine, notamment en matière de services de planification des naissances, en :



- facilitant l'accès aux femmes désirant la prescription d'un moyen contraceptif ;
- faisant connaître et en encourageant les femmes à se procurer la contraception orale d'urgence ;
- augmentant l'accessibilité à la contraception hormonale et à la contraception orale d'urgence en collaborant à la rédaction d'ordonnances collectives permettant aux infirmières d'initier la contraception ;
- collaborant à la promotion d'une sexualité responsable (informations sur les services offerts, matériel éducatif, affiches, etc.).

La prévention des grossesses non désirées requiert la collaboration des parents, de plusieurs professionnels de la santé et intervenants du réseau scolaire et des organismes communautaires ainsi que de la société dans son ensemble. Les médecins de première ligne demeurent cependant la pierre angulaire dans ce domaine. Sans votre engagement, la réduction du nombre des grossesses non désirées sera limitée.

Andrée Gilbert

MÉDECIN-CONSEIL
DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE,
AGENCE LA SANTÉ ET DES SERVICES
SOCIAUX DE MONTRÉAL

UN NOUVEAU SERVICE DE PROMOTION DE SAINES HABITUDES DE VIE

UN CENTRE D'ÉDUCATION POUR LA SANTÉ PRÈS DE CHEZ VOUS

La société dans laquelle nous vivons influence grandement la façon dont nous mangeons, nous nous déplaçons, nous bougeons et nous consommons. Des constats: la majorité des Québécois est aujourd'hui considérée comme sédentaire, une partie grandissante de la population souffre d'un excès de poids et une personne sur quatre âgée de plus de 12 ans fume. Puisque l'importance des habitudes de vie défavorables à la santé constitue un fardeau déterminant et a un impact indéniable, nous devons instaurer des actions et des pratiques préventives.

Le CES est l'une des principales composantes du système de prévention clinique. Le travail de prévention du CES est donc complémentaire à celui du médecin.

Pour ce faire, il existe actuellement les centres d'éducation pour la santé (CES) dont l'objectif principal est d'aider les médecins de famille à soutenir leurs patients afin de préserver leur état de santé et l'optimiser en modifiant trois habitudes de vie reconnues comme ayant un impact sur les maladies cardiovasculaires et le cancer: l'arrêt tabagique, l'activité physique et l'alimentation. Pour arriver à effectuer ces changements, les professionnels des CES utilisent une approche basée sur la **MOTIVATION.**

Le Centre d'éducation pour la santé est un lieu convivial qui encourage la promotion et qui donne de l'information pertinente reliée aux saines habitudes de vie. Douze centres d'éducation pour la santé, soit un par CSSS, seront accessibles à la population de Montréal d'ici la fin de l'année 2007.

L'EXEMPLE DU CSSS DU CŒUR-DE-L'ÎLE

Au CES du CSSS du Cœur-de-l'Île, nous accueillons la clientèle provenant des milieux cliniques du territoire et la population en général qui souhaite ou qui tente de modifier ses habitudes de vie. Les éducateurs pour la santé (infirmière, kinésologue et nutritionniste) appliquent la technique de l'entrevue motiva-



De gauche à droite, Laurence Brière, chargée de projet pour l'implantation du CES; France Côté, conseillère en promotion de la santé; Lyne Bergeron, infirmière-conseil en prévention clinique; Sophie Lemaire, conseillère en promotion de la santé.

Il est important de noter que le Centre d'arrêt tabagique (CAT) a été intégré au CES et que pour ce type d'intervention, plusieurs rencontres sont possibles en fonction des besoins du client.

tionnelle. Ce type d'entrevue est basé sur le fait que le changement s'effectue lorsque le client trouve ses solutions lui-même. La littérature confirme que le choix des solutions par le client augmente la probabilité d'atteinte de ses objectifs.

Par ailleurs, notre principal outil de travail consiste en un bilan informatisé sur les habitudes de vie. Ce questionnaire nous permet d'avoir le profil du client et de ce qu'il doit améliorer. Accompagné de l'éducateur pour la santé, il examinera son bilan plus en détail afin d'explorer les barrières et les problèmes susceptibles de contrer la modification de ses habitudes.

Si le client est plus ou moins prêt à changer ses habitudes, l'éducateur tentera de créer un doute, un déséquilibre dans ses convictions et de le faire réfléchir sur les bienfaits à retirer s'il décidait de passer à l'action. D'autre part, si le client se sent prêt à agir, nous l'aidons à bâtir son plan d'action et lui suggérons des ressources de la communauté qui pourront le soutenir dans sa démarche. Au CES, nous ne faisons pas de prise en charge; nous misons plutôt sur une approche individuelle brève axée sur la motivation. Bien sûr, tout médecin ayant référé un client sera assuré d'un suivi.

LE CES DANS LE SYSTÈME DE PRÉVENTION CLINIQUE

Avec le système de prévention clinique, les médecins ne sont plus seuls à assumer la responsabilité de la prévention. Au CES du CSSS du Cœur-de-l'Île, nous pouvons compter sur deux médecins chargés de prévention. Ces derniers sont les leaders

du groupe de médecins du CSSS sur le plan de la prévention des maladies chroniques. De ce fait, les médecins font maintenant partie d'une équipe de prévention composée de l'infirmière-conseil, de l'éducateur pour la santé et de l'intervenant en abandon du tabagisme.

Lyne Bergeron

INFIRMIÈRE-CONSEIL
EN PRÉVENTION CLINIQUE

France Côté et Sophie Lemaire

CONSEILLÈRES EN PROMOTION
DE LA SANTÉ



AU REVOIR DR MARCIL!

Au cours du mois de juillet dernier, un grand ami nous a quitté. En effet, le Dr Michel Marcil est décédé subitement alors qu'il s'adonnait à l'une de ses activités préférées, la randonnée en vélo. Dr Marcil aura été pendant trois ans notre directeur des affaires médicales et universitaires. Son départ laisse un grand vide que nous ressentons tous. La perte est immense pour sa famille et ses amis qu'il chérissait. Nous leur offrons notre réconfort. Dr Marcil était un éternel optimiste, un fonceur, toujours à la recherche de solutions et de consensus. C'est ce que nous retiendrons de lui.

Dr Serge Dulude

CHEF DU DRMG

Vous avez des questions ou des commentaires?

Par téléphone: **514 286-6500, poste 6340** Par courriel: lexpressdrmg.rrsss@ssss.gouv.qc.ca

Agence de la santé
et des services sociaux
de Montréal

Québec



L'Express DRMG est publié tous les trois mois par l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.

Coordination: Lorraine Desjardins • **Rédacteur en chef:** Dr Serge Dulude

Collaboration à la rédaction: Lyne Bergeron, Dr Jean Bousquet, France Côté, Lorraine Desjardins, Dr Serge Dulude, Dr^{re} Andrée Gilbert, Sophie Lemaire, Monique Tremblay

Graphisme: Quatre-Quarts • **Impression:** Imprimerie R.M. Hébert
ISSN 1718-9837 (Imprimé) • ISSN 1718-9845 (En ligne)