

La 1^{re} ligne montréalaise en action

**Synthèse de la journée de réflexion du
2 mai 2014**



Une réalisation de l'Équipe santé des populations et services de santé (ESPSS)
Direction de santé publique
Secteur services préventifs en milieu clinique
Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (Agence de Montréal)
www.dsp.santemontreal.qc.ca

Auteurs

Léo-Roch Poirier, Mireille Gaudreau

Collaboration

Karine Hébert, Jacques Ricard, Sylvie St-Pierre, Marie-Pierre Laflamme

Graphisme / mise en page

Paul Cloutier / Mireille Paradis

Ce document est disponible intégralement en format électronique (PDF) sur le site internet de la Direction de santé publique (www.dsp.santemontreal.qc.ca/ESPSS.html)

Les données contenues dans le document peuvent être citées, à condition d'en mentionner la source.

Dépôt légal — 4^e trimestre 2014
Bibliothèque et Archives nationales du Québec
Bibliothèque et Archives Canada
ISBN : 978-2-89673-456-6 (version PDF)
© Gouvernement du Québec (2014)

INTRODUCTION

Le 2 mai 2014, plusieurs acteurs du réseau montréalais de la santé et des services sociaux étaient conviés à une journée de réflexion sur les actions à mettre en œuvre pour assurer le développement d'une première ligne forte qui intègre la prévention et la gestion des maladies chroniques. Cet événement a été organisé conjointement par la Direction des services généraux et des maladies chroniques (DSGMC), la Direction de santé publique (DSP) et le Département régional de médecine générale (DRMG) de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.

Les objectifs de cette journée étaient de :

- faire le point et discuter du fardeau des maladies chroniques à Montréal, du modèle montréalais de soins de 1^{re} ligne et de la vision régionale d'une première ligne forte;
- s'inspirer d'expériences novatrices pour optimiser la 1^{re} ligne à l'échelle des réseaux locaux de services (RLS);
- cibler les forces et les défis à relever dans chacun des réseaux locaux de services;
- proposer des priorités locales et des pistes d'action concrètes sur lesquelles travailler collectivement pour consolider la 1^{re} ligne;
- identifier des leviers organisationnels pour soutenir les RLS.

Outre des représentants d'organismes provinciaux (ministère de la Santé et des Services sociaux, Fédération des médecins omnipraticiens du Québec), les participants réunissaient des acteurs de plusieurs directions de l'Agence et surtout, près de 150 participants du niveau local invités par les directeurs généraux des Centres de santé et de services sociaux (CSSS). La très grande majorité des chefs locaux du département régional de médecine générale, plusieurs représentants de la table locale des pharmaciens ainsi que 4 directeurs généraux et deux représentants de centres hospitaliers hors-CSSS et quatre patients partenaires ou représentants de comité d'usagers étaient présents.

Au total, **186 personnes** ont participé à la journée qui s'est tenue au Palais des congrès de Montréal.

DÉROULEMENT DE LA JOURNÉE

En avant-midi, après le mot d'ouverture de la présidente-directrice générale de l'Agence, madame Patricia Gauthier qui a souligné l'importance de ce premier moment de réflexion à Montréal et de la chef du département régional de médecine familiale, Dre Marie-Pierre Laflamme, trois présentations ont tracé le portrait de la situation à Montréal et une quatrième a illustré une démarche collaborative développée en Estrie.

Entre ces présentations, trois capsules vidéo ont illustré certaines initiatives montréalaises prometteuses, ainsi qu'un « Vox pop » dans lequel des citoyens de différents quartiers, communautés culturelles et groupes d'âge répondaient à la question « *Que faites-vous lorsque vous avez un problème de santé?* ».

Consultez le programme complet de la journée sur le [site](#).

Le directeur de la santé publique, **Dr Richard Massé**, à partir de données produites par diverses équipes de sa direction, a rappelé :

- l'importance du fardeau des maladies chroniques (un Montréalais sur trois en est atteint, 8,6 % en ont deux et 3,4 % en ont trois)
- leur répartition inégale selon les territoires (passant de 31 % des résidants du RLS Jeanne-Mance à 40 % des résidants du RLS Pointe-de-l'Île)
- l'âge des personnes qui en sont atteintes (plus de la moitié des 55 ans et plus en sont atteints)
- les conditions sociales de ces personnes (les personnes moins scolarisées, sans emploi ou nées au Canada sont plus susceptibles d'en souffrir)
- les habitudes de vie qui sont à améliorer (un Montréalais sur cinq fume et le même pourcentage a un faible niveau d'activité physique, trois personnes sur cinq ne consomment pas assez de fruits et légumes et une personne sur sept consomme de l'alcool de manière excessive).

Il a par la suite présenté les différences d'accès aux services de santé préventifs qui sont très fortement corrélées au fait d'avoir un médecin de famille.

Enfin, il a fait référence au Plan d'action montréalais 2011-2015 sur la prévention et la gestion des maladies chroniques, et aux actions qui en ont découlé, certaines étant présentées dans les capsules vidéos diffusées le 2 mai.

Consultez la version complète de la présentation le [site](#).

La chef du département régional de médecine générale, **Dre Marie-Pierre Laflamme**, a partagé sa vision à l'égard du modèle montréalais de soins de 1^{re} ligne. Elle a d'abord mentionné les divers changements dans la structure de soins et de services, notamment la création des CSSS, la naissance des GMF, le virage ambulatoire et les nouvelles ententes pour les PREM. Compte-tenu de cette reconfiguration des services, comment faire pour que les services et soins soient plus accessibles et efficaces en première ligne?

À cet égard, elle relate les attributs d'une 1^{re} ligne forte qui sont documentés par la littérature :

- philosophie de soins (centrés sur le patient)
- qualités organisationnelles (le grand défi à ce chapitre est le changement de pratiques)
- amélioration de la qualité des soins (en particulier par l'implication du patient)
- main-d'œuvre médicale (bénéfices d'une augmentation du nombre de médecins généralistes)
- rémunération conçue pour éviter les effets pervers
- prestation de services accessibles, continus, coordonnés et interdisciplinaires.

Elle mentionne qu'il faut prendre en considération les caractéristiques particulières d'une métropole telle que Montréal par exemple : l'urbanité, l'ethnicité, la présence d'universités et le fait que les médecins omnipraticiens sont parmi les plus âgés au Québec (moyenne d'âge d'environ 58 ans pour les hommes et 48 ans pour les femmes). Finalement, elle énonce sa vision d'avenir pour le réseau montréalais :

De meilleures communications : auprès des patients afin qu'ils connaissent les services, entre les professionnels afin que chacun connaisse les rôles dans une perspective d'interdisciplinarité et entre la 1^{re}, 2^e et 3^e ligne afin de suivre les informations cliniques (avec l'aide des technologies) à travers la trajectoire de soins.

Une meilleure cohérence régionale : par la mise en place de mécanismes standardisés et harmonisés (par exemple l'accueil clinique), afin d'être fluide et d'améliorer l'accès et les services au bénéfice des patients.

Consultez la version complète de la présentation sur le [site](#).

Par la suite, le directeur des services généraux et des maladies chroniques, **Dr Jacques Ricard** a souligné l'importance de développer une première ligne forte et l'absence de consensus pour y parvenir. Puis, après avoir dressé l'état des lieux dans le contexte montréalais, il a identifié certaines **actions potentielles** qui pourraient être attendues aux différents niveaux de gouverne et il invite les groupes concernés à s'y attarder :

MSSS

- Investir en 1^{re} ligne en fonction des besoins populationnels
- Favoriser l'adaptation des modèles organisationnels (GMF-CR) au contexte régional et local
- Déployer des systèmes d'information en réseau

FMOQ/FMSQ

- Mettre en place des incitatifs à la pratique en 1^{re} ligne pour répondre aux besoins populationnels
- Promouvoir une pratique polyvalente de 1^{re} ligne des omnipraticiens
- Convenir d'un partage des activités hospitalières afin de répondre aux besoins de la 1^{re} ligne

ASSSM

- S'assurer de l'engagement des CSSS auprès de la 1^{re} ligne
- Promouvoir le développement du modèle d'organisation GMF-CR
- Soutenir la mise en œuvre du plan d'action en prévention et gestion des maladies chroniques
- Assurer le leadership dans les dossiers d'accès (accueil clinique, accès aux services spécialisés)
- S'engager dans l'implantation des technologies de l'information (DSQ, DME)
- Soutenir davantage l'intégration de la main-d'œuvre dans les milieux cliniques
- Communiquer les données populationnelles aux CSSS, décideurs et cliniciens

DRMG

- Promouvoir les modèles GMF-CR et leur articulation/actualisation dans le PROS
- Appuyer le plan d'action en prévention et gestion des maladies chroniques
- Collaborer avec le comité régional des services pharmaceutiques dans des initiatives en 1^{re} ligne
- Favoriser l'utilisation d'ordonnances collectives régionales
- Soutenir le changement de pratique (accès adapté, approches collaboratives)

CRSP/Pharmaciens

- Instituer une table locale des pharmaciens (établissement/1^{re} ligne) active au sein du RLS
- Assurer une représentativité à la table locale du DRMG
- Assurer une prise en charge partagée avec les médecins
- Devenir des partenaires dans l'utilisation des ordonnances collectives régionales

CHU/CHA, CSSS/CHSGS

- S'engager (conseils d'administration) sur l'importance de développer une 1^{re} ligne forte
- Renforcer la présence du chef local du DRMG à la table des chefs de départements du CHSGS
- Faire preuve de leadership clinique au sein du RLS
- S'impliquer à la table locale du DRMG et à la table locale du CRSP
- Mettre en place l'accueil clinique
- Soutenir les cliniques dans la prise en charge des clientèles vulnérables (ententes de services)
- Assurer une harmonisation et une complémentarité des offres de services
- Mettre en œuvre le plan d'action en prévention et gestion des maladies chroniques
- Coordonner les ressources humaines : harmonisation des pratiques, maintien de l'expertise

Docteur Ricard a énuméré les caractéristiques du **modèle idéal de clinique de 1^{re} ligne pour Montréal** :

- un modèle GMF-CR (accès jour, soir, week-end; prise en charge globale et continue)
- une pratique médicale de 1^{re} ligne polyvalente et en réseau (SAD, soins palliatifs, CHSLD, cabinet, CLSC)
- une participation des IPS et des infirmières à la prise en charge
- une clinique informatisée (DMÉ, DSQ)
- un accès adapté
- l'utilisation d'ordonnances collectives communes
- l'intégration des pratiques cliniques préventives
- l'adhésion aux programmes harmonisés de gestion des maladies chroniques
- une entente avec le CSSS pour la prise en charge des clientèles en provenance du GACO.

Consultez la version complète de la présentation sur le [site](#).

Docteur Ricard a également fait état des **moyens à mettre en œuvre pour soutenir ce modèle idéal** :

- données cliniques accessibles via un système réseau informatisé
- reconnaissance par le DRMG local du rôle pivot de la clinique auprès des autres cliniques médicales du RLS
- soutien des CHSGS pour l'accès aux services diagnostiques et spécialisés
- soutien des CSSS pour l'accès aux ressources professionnelles pour le suivi des clientèles vulnérables
- prise en charge partagée avec les pharmaciens communautaires soutenue par le DRMG local et la table locale des pharmaciens
- accès à un psychiatre répondant.

Ateliers de discussion en après midi

En après-midi, des discussions en ateliers regroupant les participants d'un même RLS, soit les personnes invitées par les directeurs généraux des CSSS, avaient pour objectif :

- d'identifier les forces et les défis du RLS (réseau local de services)
- de proposer des pistes d'action concrète et des priorités autant pour le CSSS que pour les autres partenaires, en particulier le milieu médical
- de maintenir ou d'amorcer une dynamique d'échanges au sein du RLS.

Pour alimenter les discussions, chaque RLS disposait d'un ***Portrait de la population, de l'organisation et de l'utilisation des services médicaux de 1^{re} ligne*** préparé par l'Équipe santé des populations et services de santé de la santé publique. Les participants du niveau provincial ou régional ont été invités à participer à un atelier régional qui avait comme objectif d'identifier les leviers organisationnels nécessaires au soutien des RLS.

Il est impossible de rapporter l'ensemble des propos échangés et de rendre justice à la richesse des discussions. Toutefois, quelques points de convergence peuvent être dégagés. Parmi les forces identifiées, plusieurs ateliers ont fait état de la bonne couverture et la complémentarité des services offerts, notamment dans la prise en charge des maladies chroniques. On mentionne dans les ateliers la volonté de collaboration interprofessionnelle et une amélioration de l'interdisciplinarité même si du travail reste à faire. Il semble qu'au fil des ans, une meilleure compréhension des besoins populationnels ait émergé. Dans la majorité des cas, on a aussi souligné le dynamisme des tables locales (DRMG, pharmaciens) et de leur engagement à travailler en réseau.

Parmi les principaux défis à relever, l'utilisation des IPS et autres professionnels à leur plein potentiel et, de façon plus générale, le développement des pratiques de collaboration, autant au sein de la 1^{re} ligne qu'entre la 1^{re} et la 2^e ligne, ont été maintes fois évoqués. On a aussi insisté sur l'importance de mieux informer les patients et les professionnels de la diversité des ressources disponibles. D'autres enjeux soulevés ont trait aux problèmes de partage d'information et au besoin d'uniformiser les mécanismes de référence. Du côté des médecins de famille, les nombreux départs à la retraite anticipés au cours des prochaines années et l'impact de ce phénomène sur leur clientèle ont retenu l'attention. Enfin, l'accès aux services offerts à certaines clientèles vulnérables (santé mentale, personnes âgées) et l'intégration des pratiques cliniques préventives s'avéreraient problématiques.

Les participants ont reçu par courriel en mai 2014,
le résumé de leur atelier

PRIORITÉS D'ACTION IDENTIFIÉES PAR TERRITOIRE DE RÉSEAU LOCAL DE SERVICES (RLS) LORS DES ATELIERS

RLS Ahuntsic et Montréal-Nord

1. Communication et connaissances des services. Identifier les services qui existent déjà, les innovations. Faire connaître ces services à la population et à tous les intervenants du territoire
2. Organiser une réflexion sur le modèle d'organisation du continuum de services en maladies chroniques que l'on veut avoir sur le territoire. Organiser les services sur la base de trajectoires de patients plutôt que par programme
3. Cibler les actions/prioriser et identifier les résultats qu'on veut atteindre

RLS Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent

1. Table des personnes âgées : élargir dans le but de faciliter l'accès aux services du réseau
2. Mieux informer les pharmaciens via la table locale ou en petits groupes
3. Sondage sur l'appréciation du service GMF-CR à la clinique Plein Ciel
4. Super clinique sur le territoire

RLS Cavendish

1. Table locale du DRMG élargie pour faciliter les liens et les communications au sein du RLS. Premier mandat : plan d'action sur les défis et les actions identifiés
2. Étudier la possibilité d'un système de partage des heures d'ouverture entre les cliniques pour assurer une meilleure couverture
3. Utiliser davantage les IPS et autres professionnels, dans le respect et la collaboration, pour augmenter l'accessibilité
4. Rédiger une lettre à l'ASSSM pour réviser les PREM en tenant compte des départs à la retraite et en considérant le nombre réel de médecins sur le territoire desservant la population du CSSS (42/52)

RLS Cœur-de-l'Île

1. Repenser l'accessibilité aux services, agir stratégiquement auprès des clientèles précis (GACO, jeunes, vulnérables, personnes âgées, santé mentale)
2. Redresser le portrait de l'offre de services et le faire connaître (on connaît les modèles ou les pratiques qui peuvent fonctionner)
3. Rediriger les usagers qui quittent l'urgence (soit mieux accompagner les patients)

RLS de la Montagne

1. Signature des contrats avec les cliniques qui reçoivent du financement (ententes patients GACO, cogestion, soutien implantation accès adapté, incitatifs et ressources additionnelles, etc.)
2. Consolider les structures de concertation pour faciliter la planification de la 1^{re} ligne au niveau local
 - Table locale des pharmaciens à mettre en place
 - Réactiver la table du DRMG local – enjeux et projets à l'échelle territoriale
3. Beaucoup de services déjà existants à faire connaître
 - Mise en réseau – améliorer la connaissance des ressources-services, harmoniser certaines façons de faire (ex. : ordonnances collectives, références) et faciliter le transfert d'information
 - Développer une stratégie pour informer la population des services et les outiller pour s'orienter dans le système de santé en tenant compte des enjeux de littératie et des enjeux culturels
 - Projets déjà planifiés
4. Développer un GMF-UMF au niveau du CSSS dans des territoires névralgiques
5. Développer un projet Accueil clinique. Besoin de l'engagement des partenaires : déjà fait au niveau régional. Donc, au niveau local, on n'est pas dans la négociation, mais davantage dans la planification et l'implantation (niveaux régional et local)
6. Reddition de compte et performance – donner des leviers de gestion et la capacité de donner davantage à ceux qui performant et des incitatifs à la performance (niveau régional)

RLS Dorval-Lachine-LaSalle

1. L'accès aux soins (médecins de famille et spécialistes, professionnels)
2. Développer/consolider le modèle d'organisation GMF-CR
3. S'approprier l'offre de services actuelle au sein du RLS
4. Déploiement du projet sur l'accès priorisé aux services spécialisés et plateaux techniques sur les 5 territoires du RUIS McGill

RLS Jeanne-Mance

1. Consolider un projet de type « guichet unique/accueil » pour bien orienter la clientèle vers les services opportuns
2. Leadership mobilisateur : mettre ensemble les projets prometteurs (réseautage)
3. Offrir des services pour les patients qui n'ont pas de médecin de famille dans une perspective multidisciplinaire (exemple de la clinique de prévention du CSSS Sud-Ouest-Verdun)

RLS Lucille-Teasdale

1. Instaurer la table de collaboration et codirection de l'organisation des services de 1^{re} ligne du territoire impliquant tous les acteurs en appliquant les programmes clientèles définis
2. Repérer et rejoindre les médecins solos du territoire, particulièrement ceux en fin de carrière, pour assurer une continuité de soins à leur clientèle
3. Développer des modèles de prise en charge partagée (impliquant changements de culture) et de pratiques collaboratives entre professionnels. Définir un panier de services pharmacies communautaires/GMF/CR/ et CSSS (et y intégrer IPS et infirmières cliniciennes)

RLS Ouest-de-l'Île

1. Corridors pour accès 2^e ligne
2. Opération charme pour recrutement des médecins
3. Initiatives d'échanges (*speed-dating*) pour améliorer confiance, collaboration, culture de collaboration au sein de 1^{re} ligne et entre 1^{re} et 2^e ligne
4. Ouverture d'une clinique à l'extrême ouest : démarches à reprendre

RLS Pointe-de-l'Île

1. Efforts concertés de tous les acteurs du territoire pour attirer les médecins et les IPS
2. Efforts concertés par tous les acteurs pour faire mieux connaître les services offerts (partenaires tels que DRMG, hôpitaux...)
3. Deux ou trois projets concertés entre tous les acteurs pour certaines clientèles (résidences pour personnes âgées, grands utilisateurs, AVC, maladies chroniques)

RLS Saint-Léonard et Saint-Michel

1. Établir des ententes interétablissements et avec les organismes communautaires pour la mise en place de corridors de services
2. Créer un inventaire des services et le faire connaître : campagne d'information auprès des partenaires (tournée GMF, CR, organismes communautaires) et de la population (capsules radio communautaire, capsules vidéo en salle d'attente et cafétéria des établissements, messages-écrans en pharmacie, CH et CSSS)
3. Militer pour une meilleure répartition de ressources en fonction des besoins du RLS

RLS Sud-Ouest-Verdun

1. Identification du médecin de famille ou de l'IPS du patient dès son admission à l'urgence
2. Optimisation de l'accessibilité aux différents professionnels (partage des ressources en lien avec le besoin de chaque milieu clinique du RLS : nutritionniste, physiothérapeute, kinésiologue, psychologue)
3. Organisation d'un sous-comité de travail permettant d'assurer la cohérence de l'offre de services dans le RLS (représentants : services généraux, table locale du DRMG et celle des pharmaciens, etc.)

En ce qui concerne les **pistes d'action proposées dans les ateliers locaux**, certains consensus émergent :

- intégration des professionnels aux équipes médicales de 1^{re} ligne et utilisation plus structurée des pharmaciens
- développement d'une stratégie pour informer la population et l'habilitier à s'orienter dans le système de santé en tenant compte des enjeux de littératie, de langue, d'accès à Internet limité dans certaines communautés
- déploiement à plus grande échelle de l'accès adapté et de l'accueil clinique
- le besoin de créer ou consolider des corridors de services entre lieux de soins et entre établissements.

Enfin, on appelle une vision régionale claire de l'organisation des services.

Un **atelier régional**, regroupant les représentants des organismes provinciaux, certains cadres supérieurs de l'ASSSM et des présidents de comités ou commissions régionales, s'est tenu en parallèle aux ateliers locaux.

Les discussions qui s'y sont tenues ont permis de dégager cinq grandes priorités d'action pouvant agir comme leviers dans la mise en place d'une 1^{re} ligne forte :

- **harmonisation** (des outils cliniques, du rôle des divers professionnels, du fonctionnement des tables locales, des trajectoires de soins et des indicateurs de suivi)
- **technologies de l'information** (priorisation des choix, mise en place d'un réseau de mentors dans l'utilisation du dossier médical électronique)
- **développement de liens** avec des acteurs régionaux à l'extérieur du réseau de la santé, en particulier avec le réseau universitaire
- **leadership médical** dans la gestion du changement
- **représentations auprès du MSSS** afin que soit prise en compte la situation particulière de Montréal.

En fin de journée, cinq panélistes étaient conviés à se livrer à un exercice de prospective, à savoir ***où devrions-nous être dans cinq ans.***

Consultez le programme sur le [site](#) pour connaître les membres du panel.

Au nombre des thématiques abordées, mentionnons :

- le rôle des pharmaciens accru tout au long de la trajectoire et en communication avec les médecins
- l'importance du travail d'équipe et la place des infirmières praticiennes au sein de la 1^{re} ligne
- la nécessité de se doter de systèmes d'information plus solides, conviviaux et fiables afin de partager les informations en temps opportun et ce peu importe le lieu de soins et services.

Au fil de la journée, plusieurs questions ont été soulevées par les participants, par exemple :

- comment tenir compte des patients qui utilisent des services hors de leur territoire ou région?
- comment accompagner les médecins et les professionnels dans les changements de pratique qui mèneront à une première ligne forte?
- comment interpeller les acteurs au niveau provincial en faveur des besoins en première ligne? (rémunération, soutien, outils, etc.).

APPRÉCIATION DE LA JOURNÉE

Cent personnes ont rempli le formulaire d'évaluation inclus dans la pochette des participants (l'événement étant reconnu par la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec comme activité de formation médicale continue, une évaluation était requise).

De manière générale, la journée fut grandement appréciée et les commentaires sont à l'effet qu'il s'agit d'une « initiative très appréciée et essentielle pour arrimer les différentes offres de services des CSSS, ainsi que les partenaires ». On y a vu « une belle occasion pour se parler et se rencontrer ». Un omnipraticien a mentionné que cette journée allait modifier sa pratique et le motiver « à prendre le leadership des soins à donner à la clientèle au sein d'une équipe de soins ». On a apprécié la façon dont la journée était structurée, les présentations ont fait l'objet de commentaires positifs et les ateliers de l'après-midi ont été qualifiés de « belle initiative [qui] mériterait qu'on y accorde plus de temps, car beaucoup d'idées [sont] discutées en peu de temps ». Enfin, les portraits populationnels sont jugés « intéressants ».

CONCLUSION ET PROCHAINES ÉTAPES

Au terme de la journée, force est de constater que l'organisation d'une première ligne forte à Montréal n'est pas chose simple et qu'une multitude de groupes et de personnes doivent être impliquées. Cependant, malgré les défis identifiés, plusieurs pistes d'action ont ressurgi des discussions et une grande volonté et un dynamisme se dégagent de l'événement afin de travailler de concert au bénéfice de la population montréalaise.

Plusieurs participants mentionnent l'importance de donner des suites à cette journée et dans ce sens, la chef du DRMG et le directeur des services généraux et des maladies chroniques encouragent les réseaux locaux à se **mobiliser par des actions concrètes** telles que:

- Réunir à nouveau les participants des ateliers afin de donner suite aux pistes identifiées par des projets qui seront inclus dans les planifications annuelles et stratégiques
- S'assurer d'activer les tables locales du DRMG (en incluant des pharmaciens) et qu'une rencontre soit prévue pour chacune d'elles, en invitant Dre Laflamme et Dr Ricard pour les soutenir
- Poursuivre les discussions stratégiques avec le MSSS et les groupes d'acteurs concernés afin d'influencer le déploiement de mesures qui soutiennent la première ligne et faire reconnaître les besoins spécifiques de la région de Montréal

Pour en savoir plus

Le matériel suivant, produit expressément pour la Journée, est disponible à l'adresse

<http://agence.santemontreal.qc.ca/premiereligneenaction>

- les présentations PowerPoint;
- le *vox pop* et les 3 capsules vidéos présentant des expériences novatrices de projets à Montréal (en versions basse et haute résolution pour utilisation au besoin dans les tables locales ou autres);
- le *Portrait de la population, de l'organisation et de l'utilisation des services médicaux de 1^{re} ligne* pour chacun des 12 territoires de CSSS.

