

LE MOT DU CHEF DU DRMG

À LA RECHERCHE D'UN MÉDECIN DE FAMILLE

EMMANUELE CARRIERE/PHOTO



Nous vivons une pénurie de médecins de famille au Québec et dans l'ensemble du Canada. Toutefois, c'est au Québec que la

situation est l'une des plus délicates, vu l'étendue de son territoire, la multitude de ses petites communautés isolées, le manque d'effectifs, le réseautage à améliorer et l'implication des omnipraticiens dans des secteurs spécialisés: pénurie de spécialistes oblige!

Loin de moi l'idée de faire le procès d'une telle situation. Nombre d'articles ont été écrits, et ce, presque *ad nauseam*. Il importe toutefois de préciser que les instances décisionnelles au ministère de la Santé et des Services sociaux ont changé radicalement de cap et qu'il y a de plus en plus de futurs médecins sur les bancs universitaires. Déjà cette année, le nombre de nouveaux médecins de famille attendus est de 215 alors qu'il était de 190 l'an dernier, ce qui représente tout de même une augmentation de 13%. L'an prochain, nous devrions atteindre les 250 et dans quelques années les grandes cohortes s'installeront. Bravo! Nous sommes heureux de constater que le besoin de former un plus grand nombre de médecins fasse consensus et que

toutes les instances, organisations et institutions mettent l'épaule à la roue. Encore bravo!

Toutefois, ce n'est que dans quelques années que l'effet du rattrapage se fera sentir, et ce n'est pas uniquement le nombre de médecins qui fera la différence. La réorganisation actuelle s'appuie sur des éléments gagnants tels que l'implantation des GMF avec une grande implication de l'infirmière, la fidélisation des clientèles, le démarrage des cliniques-réseau, la meilleure communication entre les cliniciens et les établissements, l'application de protocoles basés sur des évidences cliniques, le soutien à la première ligne? y compris aux médecins en CLSC, en cabinets solos et en petites cliniques médicales? et finalement, l'entente générale qui vient soutenir fortement cette première ligne médicale. Hourra!

Néanmoins, il y a encore loin de la coupe aux lèvres et de nombreux Québécois et Québécoises sont toujours à la recherche d'un médecin de famille. À Montréal, nous parlons ainsi de plusieurs centaines de milliers de résidents... Que faire?

(suite à la page 2)

Dans ce numéro

Le mot du chef du DRMG	1
Le système de prévention clinique	3
GMF et cliniques-réseau : on garde le cap!	4
Un tout nouveau comité régional sur les services pharmaceutiques	6
PREM en omnipratique : les sélections 2007	7
Cliniques-réseau : rappel	7
Table des chefs d'urgence de Montréal	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.

À LA RECHERCHE D'UN MÉDECIN DE FAMILLE (suite de la page 1)



Nous aimerions disposer d'une liste de médecins prêts à prendre de nouveaux patients, mais cela demeure un vœu pieux. Il est vrai que la plupart des médecins de famille acceptent encore de nouveaux patients, à l'occasion, dans des circonstances particulières, même s'ils sont surchargés. Nous visons par ailleurs, au moyen des PREM, à équilibrer les besoins entre les première et deuxième lignes médicales, et je crois sincèrement que nous y arrivons souvent ! N'oublions pas que cet équilibre dépend non seulement des choix des nouveaux médecins mais aussi de ceux qui pratiquent déjà et qui viennent s'installer dans notre région. Il est vrai que le travail en établissement de courte durée attire fortement les jeunes médecins, ce qui est tout à fait normal, mais un nombre appréciable d'entre eux s'intéresse également à la première ligne et nous nous en réjouissons.

Parmi les patients orphelins de médecin de famille, on retrouve un grand

nombre de patients fragilisés, malades, souvent âgés et en perte d'autonomie. Comme ils sont très nombreux, il est impossible de faire du cas par cas. Cependant, des gestes concrets ont été posés, notamment la reconnaissance du traitement des patients vulnérables comme AMP, et ce, sans mettre en péril les activités en établissement dont celles dans les salles des urgences. De plus, nous avons mis l'accent sur la prise en charge des patients vulnérables et orphelins, qui sont le plus souvent référés par des établissements. Mentionnons aussi notre grande préoccupation pour ceux qui présentent des problèmes sérieux de santé mentale. Par ailleurs, il est important de souligner que les 14 cliniques-réseau prennent en charge environ deux cents patients orphelins vulnérables par mois, que ce soit par l'entremise de leurs propres médecins ou en les référant à des médecins du réseau local.

Je lève mon chapeau à certains DRMG du Québec qui sont allés encore plus loin en analysant la liste des patients fragilisés de médecins partant à la retraite, afin de les redistribuer aux médecins de leur région. Un tel scénario ne pourrait toutefois pas s'appliquer à une ville de deux millions d'habitants dont peut-être le quart est sans médecin de famille, surtout dans un contexte de pénurie importante. Nous essayons, avec succès je crois, d'avoir un plan d'organisation des services en médecine générale (PROS) qui reflète la réalité.

Je termine en vous lançant une invitation : si vous avez une bonne idée pour favoriser la prise en charge de nos patients, faites-la-nous connaître !

Au plaisir !

D^r Serge Dulude

CHEF DU DRMG

LE SYSTÈME DE PRÉVENTION CLINIQUE : UN ATOUT POUR LES MÉDECINS DE FAMILLE ET LEURS PATIENTS !

Dans le premier numéro de L'Express DRMG, le Dr Dulude annonçait l'arrivée des centres d'éducation pour la santé (CES), lieux dédiés à la promotion de saines habitudes de vie.

En fait, le CES est un des éléments majeurs du tout nouveau Système de prévention clinique. Ce système a pour objectif d'aider les médecins de famille et leurs patients à garder le cap en matière de prévention. À l'aide d'outils très simples, entre autres un feuillet-questionnaire, il s'agira d'évaluer brièvement trois habitudes de vie reconnues pour leur importance en matière de santé cardiovasculaire et de cancer, à savoir l'alimentation, l'activité physique et le tabagisme. Ce sera l'occasion pour le patient d'exprimer non seulement sa propre perception

Ce système a pour objectif d'aider les médecins de familles et leurs patients à garder le cap en matière de prévention.

quant à son «hygiène de vie», mais aussi et surtout sa MOTIVATION pour en améliorer prioritairement un aspect.

À la suite de cette brève évaluation, le médecin pourra référer son patient au CES afin qu'y soit dressé un bilan informatisé complet sur ses habitudes de vie et qu'il rencontre l'éducateur pour la santé. Ce dernier aura essentiellement un rôle de motivateur auprès des gens. Il

tentera de les faire cheminer vers une autogestion des problèmes susceptibles d'être rencontrés quand on décide de modifier son alimentation, de faire plus d'exercice ou de cesser de fumer.

Au cœur du Système de prévention clinique se trouve l'infirmière-conseil. Elle sera chargée d'établir les liens indispensables entre le CSSS, les médecins du territoire, l'éducateur pour la santé et, éventuellement, la Direction de santé publique pour que toutes les instances puissent s'ajuster progressivement aux besoins de la population.

Ce système sera mis en place incesamment et par étapes. En premier lieu, les médecins des GMF, des cliniques-réseau et des CLSC seront joints par l'entremise des médecins chargés de prévention de leur établissement. Ces médecins, leaders en prévention dans leurs milieux, seront les précieux collaborateurs dont la Direction de santé publique et les CSSS ont besoin pour la réussite du projet. Par la suite, les infirmières-conseils continueront leur démarche afin de rencontrer, clinique par clinique, l'ensemble des médecins du territoire et leur présenter la structure, le fonctionnement et surtout les avantages du Système de prévention clinique et de son Centre d'éducation pour la santé.

L'Agence et la Direction de santé publique sont fières d'être à l'origine de

ce projet novateur qui reconnaît le rôle prépondérant de la prévention en pratique médicale pour la santé de la population. Les douze territoires de CSSS de l'île y participent et d'autres régions du Québec s'y intéressent !

Plusieurs médias relateront, sous peu, l'arrivée du Système de prévention clinique et d'ici là, je me ferai un plaisir de répondre à vos questions.

D^{re} Jacinthe Lord

MÉDECIN-CONSEIL

SERVICES PRÉVENTIFS EN MILIEU CLINIQUE,
DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE

GMF ET CLINIQUES-RÉSEAU : ON GARDE LE CAP !

L'implantation des GMF et des cliniques-réseau va bon train à Montréal.

En effet, à l'automne 2007, le réseau montréalais pourrait compter sur une cinquantaine de groupes. (Voir tableau.)

De plus vous entendrez sûrement parler prochainement du projet «Modèle montréalais de prise en charge»: les cli-

niques-réseau intégrées ou CRI. On parle ici d'un modèle sur lequel l'équipe de l'Agence et les CSSS œuvrent depuis plusieurs mois. Il s'agit d'entités qui répondent tout d'abord aux critères des GMF et des cliniques-réseau, mais aussi pour lesquelles les attentes de prise en charge et d'accessibilité seront plus grandes afin de servir encore un peu mieux la population. Pour ce faire, les CRI bénéficieraient d'un soutien administratif plus significa-

tif et seraient composées d'une équipe multidisciplinaire plus importante, mieux structurée et soutenant le médecin traitant et son patient. À suivre...

D^r Serge Dulude

CHEF DU DRMG

TERRITOIRE DE CSSS	CLINIQUE MÉDICALE	GMF			CR		
		Potentiel	Admissible	Accrédité	Potentielle	Admissible	Accréditée
1 CSSS de l'Ouest-de-l'Île	Clinique Statcare et Groupe médical Stillview			●			●
	Clinique Médistat				●		
	Clinique médicale Pierrefonds				●		
2 CSSS de Dorval-Lachine-LaSalle	Clinique médicale Les Jardins Dorval		●				
	Clinique Nazareth				●		
3 CSSS du Sud-Ouest-Verdun	Clinique médicale de l'Ouest et GMF du Sud-Ouest			●			●
	GMF de Verdun			●			
	Centre médical Métro-Monk		●				
	Projet Île-des-Sœurs	●					
4 CSSS Cavendish	Hôpital Mont-Sinaï	●			●		
	Groupe médical Sainte-Catherine	●			●		
	Clinique médicale Vendôme				●		
	Complexe de santé Reine-Élisabeth		●				
5 CSSS de la Montagne	GMF Côte-des-Neiges			●			
	Groupe Santé Westmount Square		●				●
	Clinique médicale 2101	●					
	CLCS Parc-Extension	●					
	CLSC Métro	●					
	GMF Herzl			●	●		
	Clinique médicale Métro Médic Centre-Ville						●
	Clinique médicale Diamant						●
	Centre de médecine familiale de St. Mary		●				

TERRITOIRE DE CSSS	CLINIQUE MÉDICALE	GMF			CR		
		Potentiel	Admissible	Accrédité	Potentielle	Admissible	Accréditée
6 CSSS de Bordeaux-Cartierville–Saint-Laurent	Groupe Santé Physimed		•				•
	GMF Cosmopolite Saint-Laurent			•	•		
	Clinique médicale L'Envolée		•				
	Centre d'urgence de Salaberry – CLSC de Bordeaux-Cartierville						•
	Centre d'urgence Saint-Laurent						•
7 CSSS d'Achuntsic et Montréal-Nord	Clinique médicale Perrier	•					
	Clinique médicale Désy		•				
	Clinique médicale Ahuntsic		•				
	Clinique médicale Saint-Sulpice						
8 CSSS du Cœur-de-l'Île	CLSC Villeray	•					
	CLSC La Petite Patrie	•					
	Clinique d'urgence Saint-Denis				•		
	Centre médicale Columbus				•		
9 CSSS Jeanne-Mance	Clinique médicale L'Actuel			•			
	GMFdes Faubourgs			•			
	GMF Notre-Dame			•			
	GMF Quartier-Latin			•			
	GMF St-Louis du Parc			•			
	Polyclinique médicale Populaire	•					
	Clinique Médimax		•				•
	Clinique médicale de la Cité				•		
	Clinique médicale du 1851		•				
10 CSSS de Saint-Léonard et Saint-Michel	Clinique médicale Viau						•
	CLSC Saint-Michel						•
	Polyclinique Cabrini						•
11 CSSS Lucille-Teasdale	Clinique 3000		•				•
	Clinique médicale Maisonneuve-Rosemont – Domus Médica						•
	Clinique médicale Cadillac				•		
12 CSSS de la Pointe-de-l'Île	GMF Saint-André			•	•		
	Polyclinique Pointe-aux-Trembles	•				•	
	Centre médical Hochelaga	•					
	CLSC Pointe-aux-Trembles				•		
TOTAL		12	12	12	14	1	14
GRAND TOTAL		36			29		

COMITÉ RÉGIONAL SUR LES SERVICES PHARMACEUTIQUES DE MONTRÉAL



Depuis maintenant quatre mois, les membres du tout nouveau comité régional sur les services pharmaceutiques se réunissent sur une base régulière pour contribuer à l'organisation des services de santé sur le territoire de l'île de Montréal. Rappelons que cette nouvelle structure consultative du PDG de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (l'Agence) en matière de services pharmaceutiques a vu le jour en juin 2006 et s'est donné un tout premier comité de direction pour piloter les travaux et les rencontres du comité régional.

Le comité régional sur les services pharmaceutiques doit permettre à l'Agence de prendre les meilleures déci-

1 656 pharmaciens à Montréal

420 pharmaciens en établissements

1 236 pharmaciens en pharmacies communautaires

sions quant à l'organisation des services sur le territoire de Montréal pour le bien-être de la population. Le comité doit aussi pouvoir trouver des solutions adaptées à la réalité des pharmaciens sur le terrain et permettre de discuter des enjeux organisationnels de la région. La nouvelle instance est composée des personnes suivantes :

Noms des membres	Lieu de pratique	Statut
Président : Jean-Francois Morin Vice-présidente : Cécile Lecours Secrétaire : Gilles Dubois Suzanne Gilbert Denis Brouillette Michel Tassé	Pharmacie Morin Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal Pharmacie Dubois Institut universitaire de gériatrie de Montréal Institut de cardiologie de Montréal CSSS de Bordeaux-Cartierville—Saint-Laurent	membres élus
Marie-Claude Hardy Sandra Lussier	Pharmacie Dominique Voyer Pharmaprix André Lauzon	membres cooptés
Louise Mallet	Faculté de pharmacie	membre nommé par la Faculté de pharmacie
David Levine	Agence de la santé et des services sociaux de Montréal	membre d'office

RESPONSABILITÉS EN MATIÈRE :

- d'organisation des services pharmaceutiques ainsi que de planification de la main-d'œuvre ;
- d'accessibilité et de qualité des services pharmaceutiques ainsi que de projets relatifs à l'utilisation des médicaments ;
- d'approches novatrices en soins et en services pharmaceutiques.

Loraine Desjardins

ADJOINTE AU DIRECTEUR
AFFAIRES MÉDICALES ET UNIVERSITAIRES

PREM EN OMNIPRATIQUE : LES SÉLECTIONS 2007

L'exercice du PREM 2007 à Montréal a suscité l'intérêt de 94 nouveaux facturants aspirant à un poste dans un établissement ou une clinique médicale de la région.

L'an dernier, c'était 103 postulants qui avaient manifesté leur intérêt. Tous ont passé une entrevue entre les 6 et 8 novembre 2006, 87 en personne et sept par téléphone. Certains, en stage à l'extérieur, ont été contactés dans le Nord du Québec et en Afrique.

À l'issue de la période des entrevues, 46 candidats se qualifiaient pour combler les postes offerts. Par la suite, sept candidats se sont désistés et ont été remplacés par d'autres postulants avec les mêmes intentions de pratique ou en fonction des besoins encore non comblés dans la région. En date du 31 janvier 2007, le PREM 2007 nouveaux facturants était de nouveau fermé, soit trois

mois après la clôture de la période de candidatures.

Pour ce qui est de la partie des mobilités interrégionales (MIR) du PREM 2007, elle a débuté le 1^{er} décembre 2006. Sur les 38 places accordées par le ministre, trois ont déjà été octroyées et les 35 restantes pourront l'être d'ici le 30 novembre 2007, et ce, toujours afin de répondre aux besoins régionaux identifiés par le DRMG.

Par ailleurs, le processus de gestion du PREM 2008 débutera en mai 2007 alors que le DRMG sollicitera à nouveau les cliniques médicales et établissements de santé pour connaître leurs besoins en médecins omnipraticiens. Le DRMG espère vivement que le MSSS sera en mesure de confirmer le nombre de places au PREM 2008 au début de septembre 2007, afin de permettre pour tous une gestion du PREM plus précoce, bien avant la fin de l'année civile!

Provenance de la formation en résidence des candidats

- Université de Montréal 45,65 %
- Université McGill 45,65 %
- Université de Sherbrooke 6,50 %
- Autres 2,20 %

D^r Jean Bousquet

MÉDECIN-CONSEIL
DIRECTION DES AFFAIRES MÉDICALES
ET UNIVERSITAIRES

CLINIQUES-RÉSEAU : RAPPEL

Les cliniques-réseau ont été créées dans le but d'offrir des services de santé accessibles à la population, 365 jours par année, et ce, 12 heures par jour. Les autres cliniques du territoire peuvent aussi bénéficier de cette accessibilité en y référant les cas urgents.

Rappelons que les cliniques-réseau ont la responsabilité de rendre disponibles leurs services de laboratoire et de radiologie, incluant l'échographie. L'objectif visé

est de contribuer au désengorgement des urgences et d'offrir ces services plus rapidement et à l'extérieur des salles d'urgence à des patients qui le nécessitent. De plus, les cliniques-réseau vous transmettront rapidement les résultats des examens de vos patients sur votre bureau. Donc, la prochaine fois que vous penserez envoyer un patient à l'urgence, essayez donc les services que vous offre la clinique-réseau de votre territoire.

Actuellement, certaines cliniques-réseau sont en négociation avec des hôpitaux pour obtenir un accès direct aux prises de sang et à l'échographie. La question devrait être réglée bientôt.

D^r Mark Roper

PRÉSIDENT DU COMITÉ PROSEM
DRMG MONTRÉAL

DU NOUVEAU DU CÔTÉ DE LA TABLE DES CHEFS D'URGENCE DE MONTRÉAL

Préoccupée par la détérioration de la situation des salles des urgences de Montréal, la Table des chefs d'urgence de Montréal (TCUM) a rencontré le Dr Jacques Bachand, directeur médical du CCNU (Centre de coordination national des urgences) lors de son assemblée annuelle en novembre 2006. La rencontre a donné lieu à des échanges fructueux mais les solutions à court terme n'abondaient pas. La TCUM a écrit une lettre au ministre de la santé pour proposer des solutions et solliciter une rencontre.

Les solutions proposées pour aider au désengorgement des urgences concernaient principalement l'augmentation des ressources en hébergement, en convalescence et en soins de longue durée. Il est intéressant de constater que le nombre de patients en attente d'une hospitalisation dans les urgences montréalaises correspond *grosso modo* au nombre de patients en attente d'une ressource alternative de ce type dans les lits de soins aigus des hôpitaux.

Du côté des transports ambulanciers, la TCUM, l'Agence et Urgences-Santé ont travaillé de concert pour améliorer la répartition des ambulances à Montréal. Les travaux ont donné des résultats concrets pour deux des trois volets étudiés :

VOLET 1 – L'APPARTENANCE DU PATIENT

Les ambulanciers peuvent, depuis le 5 février 2007, appliquer trois nouveaux critères concernant les cas dits «prédéterminés», c'est-à-dire les patients devant être acheminés à un hôpital particulier, indépendamment du quota :

- une hospitalisation dans les derniers 30 jours ;
- une visite dans une urgence dans les dernières 72 heures ;
- un historique médical complexe, défini comme trois hospitalisations dans le même établissement au cours des deux dernières années.

La règle du rendez-vous dans les 24 heures a été abolie, car mal utilisée et plus ou moins pertinente pour la situation urgente. Ces nouvelles règles ont été testées sur le terrain. On a pu documenter une diminution de 33 % des transferts interétablissements et une augmentation de la satisfaction des usagers (diminution de 10 % des refus de transport). La proportion restante de cas généraux, bien qu'ayant diminué de 65 % à 58 %, permettait encore à Urgences-santé de respecter les quotas.

VOLET 2 – LA RÉGULATION DES TRANSPORTS

Urgences-santé devrait être en mesure d'appliquer pour le mois de mars 2007 de nou-

veaux algorithmes de répartition permettant de répartir de façon prévisible les transports et d'éviter le phénomène dit des «bolus».

VOLET 3 – LA DÉTERMINATION DES QUOTES-PARTS DES ÉTABLISSEMENTS

Quant au 3^e volet, *La détermination des quotes-parts des établissements*, ce dossier complexe a été confié à l'Agence. À suivre.

Un dossier concernant le lien entre les CHSLD et les urgences a mené à des recommandations concrètes au mois de juin dernier. Ces recommandations devaient être étudiées par les CHSLD et déployées sur le terrain. L'Agence nommera sous peu un responsable de ce dossier.

Finalement, je ne peux passer sous silence les moments très difficiles vécus actuellement dans toutes les urgences du réseau tant par les patients que par les professionnels de la santé. La situation dans les salles des urgences se détériore depuis plus d'un an, en raison notamment de l'alourdissement et du vieillissement accéléré de la clientèle. Selon les établissements, l'accès aux lits d'hospitalisation, les fermetures de lits en raison d'infections, l'insuffisance de planification du congé ou la gestion quotidienne des lits sont des éléments problématiques qui mènent à tout coup à l'engorgement de patients dans les urgences.

Dr Bernard Mathieu

PRÉSIDENT TCUM

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 : Loraine Desjardins • **Rédacteur en chef :** Dr Serge Dulude

Collaboration à la rédaction : Dr Jean Bousquet, Loraine Desjardins, Dr Serge Dulude, Dr Julie Lajeunesse, Dr Jacinthe Lord, Dr Bernard Mathieu, Dr Mark Roper

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