

# DÉPARTEMENT RÉGIONAL DE MÉDECINE GÉNÉRALE DE MONTRÉAL (DRMG)



## PLAN RÉGIONAL D'ORGANISATION DES SERVICES MÉDICAUX GÉNÉRAUX (PROS)

2019 – 2022

### ORIENTATIONS STRATÉGIQUES

## **DÉPARTEMENT RÉGIONAL DE MÉDECINE GÉNÉRALE**

Le Plan régional d'organisation des services médicaux généraux 2019-2022 (PROS) – Orientations stratégiques est une production du Département régional de médecine générale (DRMG) de Montréal faisant partie de la vocation régionale du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal.

1560, rue Sherbrooke Est, local H-3109  
Montréal (Québec) H2L 4M1  
514 896-3459

Nous remercions toutes les personnes qui ont collaboré à la production des Orientations stratégiques du PROS :

- Les gestionnaires de première ligne des comités de travail des 5 CIUSSS de Montréal pour leur disponibilité et leur implication.
- Les présidents directeurs-généraux, les directeurs des services professionnels, les chefs de médecine générale, les chefs des tables locales du DRMG, les coordonnateurs médicaux locaux ainsi que les patients partenaires pour leur contribution et participation lors des différentes étapes de la production du document.
- L'équipe du DRMG.

Dans ce document, l'emploi du masculin générique désigne aussi bien les femmes que les hommes et est utilisé dans le seul but d'alléger le texte.

Adopté par le comité directeur (COMDIR) du Département régional de médecine générale, le 17 septembre 2019

## TABLE DES MATIERES

Orientations stratégiques – Introduction.....	2
Axe 1 Augmentation du nombre de PREM.....	3
Axe 2 Soutien au mandat des coordonnateurs médicaux locaux (CML).....	5
Axe 3 Étude et développement de modèles de création de cliniques ou GMF dans les milieux qualifiés de déserts médicaux.....	6
Axe 4 Recensement de la pratique médicale en CLSC (portrait de la réalité, prise en charge par les médecins et arrimage avec les programmes). 7	
Axe 5 Amélioration de l'accès aux services de médecine de famille pour les demandeurs d'asile et les réfugiés .....	8
Axe 6 Soutien des pratiques spécifiques .....	10
Axe 7 Transfert de l'information .....	13

## PROS - Orientations stratégiques - Plan d'action 2<sup>e</sup> étape

### Orientations stratégiques – Introduction

L'orientation stratégique correspond au processus d'analyse de situations particulières dans le milieu montréalais, de réflexion sur les changements identifiés et sur les actions à mettre en place pour y arriver. Il s'agit de poser des gestes concordant avec les priorités identifiées. Plus concrètement, les travaux ont mis en lumière les dossiers qui préoccupent tant le DRMG que les CIUSSS dans l'organisation des services médicaux de 1<sup>re</sup> ligne à Montréal. Nous avons été en mesure d'identifier des priorités d'action pour les trois prochaines années afin d'adresser ou de régler certaines problématiques qui entravent l'accès de la population montréalaise à un médecin de famille et à des services répondant à leurs besoins. Il nous est apparu essentiel d'établir des priorités et de s'assurer que les activités seront harmonisées régionalement afin de faire avancer les dossiers de manière souple en réponse aux situations évolutives. Tout au long de ce processus, le suivi et l'évaluation permettront de nous informer sur des décisions à prendre et de les ajuster en nous adaptant aux réalités des événements sur le terrain. Un suivi périodique biannuel sera fait au cours de la période 2019-2022.

Notre plan d'action veut nous amener à la réalisation de nos orientations stratégiques en impliquant les parties prenantes dans cette démarche. Par ailleurs, il est clair que le DRMG n'a pas tous les leviers pour y arriver, c'est pourquoi des partenariats avec les CIUSSS, le MSSS, la FMOQ, l'AMOM et l'Association des médecins en CLSC sont essentiels pour y parvenir. La démarche entreprise avec le PROS permet aux gestionnaires, aux employés et aux médecins participants de comprendre et d'établir des liens de collaboration entre leurs activités quotidiennes et celles de l'ensemble du réseau montréalais pour optimiser les résultats.

Dans ce contexte, **sept (7) axes régionaux** ont été identifiés :

1. Augmentation du nombre de PREM.
2. Soutien au mandat des coordonnateurs médicaux locaux (CML).
3. Étude et développement de modèles de création de cliniques ou GMF dans les milieux qualifiés de déserts médicaux.
4. Recensement de la pratique médicale en CLSC, (portrait de la réalité, arrimage avec les programmes et prise en charge par les médecins).
5. Amélioration de l'accès aux services de médecine de famille pour les demandeurs d'asile et les réfugiés.
6. Soutien aux pratiques spécifiques : en santé mentale, en soins palliatifs, en soins à domicile, en CHSLD, en réadaptation et soins post aigus, en dépendance-itinérance et en déficience intellectuelle - autisme.
7. Transfert de l'information : accès aux services diagnostiques, communication.

## Axe 1. Augmentation du nombre de PREM

La situation montréalaise est préoccupante lorsque l'on considère l'augmentation de la population et l'offre de service des médecins de famille. La spécificité de Montréal comme lieu de travail d'un grand nombre de personnes habitant la couronne entourant la ville et qui préfèrent consulter leur médecin à proximité du lieu de travail amène des RLS à un taux de plus de 110 % d'inscriptions dans les cliniques, alors que le taux de prise en charge de la population locale est en moyenne de 65 %. Nous constatons qu'à Montréal, un certain nombre de médecins de famille âgés, ayant une clientèle très nombreuse, prendront progressivement leur retraite laissant de nombreux patients orphelins et gonflant la population sur le guichet d'accès. De plus, avec une centaine de CHSLD comptant plus de 14 500 lits d'hébergement et 31 hôpitaux offrant 7 800 lits en centres hospitaliers, le besoin de main-d'œuvre médicale est important. La population vieillissante qui requiert plus de soins et de services médicaux accentue le déficit de médecins de famille.

Les changements mis en place récemment par la FMOQ et le MSSS ont permis d'orienter les PREM par RLS et sous-territoire à Montréal, assurant une prestation majeure des médecins de famille dans ces lieux. Le DRMG a ciblé des activités médicales particulières (AMP) qui sont des leviers pour encadrer les problèmes spécifiques identifiés dans les RLS. La pratique médicale diversifiée est l'apanage de la médecine familiale. Nous remarquons que durant les premières années de pratique d'un médecin, son intérêt n'est pas uniquement axé sur la prise en charge, mais aussi sur l'urgence, l'hospitalisation et le travail en GMF-R.

Axe 1. Augmentation du nombre de PREM				
Résultats attendus	Responsables (parties prenantes)	Activités	Indicateurs de rendement/ échancier	Indicateurs de risque
1. Identification du nombre de médecins et d'ETP en établissement, en GMF, en cabinet et en solo	CIUSSS, gestionnaire 1 <sup>re</sup> ligne, DSP, DRMG, AMOM, CMQ ?	Recensement des nominations en établissement  Identification des médecins en cabinets et GMF	Liste des nominations est disponible/déc. 2019  Liste des médecins en GMF et cliniques est disponible/ déc. 2019	Difficulté d'obtenir l'information juste  Les médecins ne fournissent pas l'information
2. Identification des médecins pratiquant à Montréal selon le groupe d'âge	AMOM, FMOQ, DRMG, RAMQ	Rapport statistique des médecins de Mtl selon les groupes d'âge  Sondage lors de la cotisation à la FMOQ « envisagez-vous prendre votre retraite d'ici... » ou « envisagez-vous changer de région ou de pratique ?»	Rapport est disponible/déc. 2019  Sondage est disponible/ janv. 2020	Les médecins ne fournissent pas l'information

Résultats attendus	Responsables (parties prenantes)	Activités	Indicateurs de rendement/ échéancier	Indicateurs de risque
3. Identification du nombre de prises en charge (inscriptions) par médecin en lien avec son âge ou ses années de pratique	RAMQ, DRMG, FMOQ, CMQ (car il a le mandat de protéger le public)	Rapport 4 et 6 de la RAMQ  Liste des médecins et leurs prises en charge	Disponibilité du rapport/sept 2019  Disponibilité de la liste/sept 2019	Accès aux données difficile
4. Planification de l'attribution des PREM pour une période de 3 ans en lien avec les PEM	DRMG, DSP, MSSS	Projection des besoins sur l'an 1-2-3 en PREM et en PEM, en chiffre ou en %  Liste des PREM et des PEM par RLS	Disponibilité de la liste des besoins pour l'an 1-2-3/2020  Liste est disponible en 2020	Nouvelle vision à mettre de l'avant
5. Déplacement d'un médecin pratiquant en établissement d'un RLS à un autre dans un même CIUSSS sans pénalité	DRMG, DSP, chef de département de médecine générale, MSSS	Identification des situations requérant le déplacement  Identification des droits et obligations du médecin à qui on demande de se déplacer	Un guide décrivant les balises des situations de déplacement est disponible / 2020	Résistance des médecins à répondre à l'appel
6. Argumentaire de la pénurie de médecins de famille à Montréal	DRMG, CIUSSS AMOM, Universités, CÉGEP, FMOQ	Description de la situation montréalaise : vieillissement des médecins, population et mandats suprarégionaux, etc...	État de situation disponible	Impression que le message est non entendu au MSSS  Enjeux d'ordre politique

## Axe 2. Soutien au mandat des coordonnateurs médicaux locaux (CML)

Sous la responsabilité du DRMG, les coordonnateurs médicaux locaux, en lien avec le gestionnaire et le personnel clinique et administratif du guichet d'accès pour la clientèle sans médecin de famille (GAMF) du CIUSSS, agissent comme des intervenants privilégiés dans l'application des processus et comme des répondants auprès du Centre de répartition des demandes de services (CRDS) pour les demandes issues de leur RLS respectif. Ils doivent favoriser la continuité des soins de la clientèle du territoire en référant, au besoin, aux programmes et services offerts par le CIUSSS. Ils participent à l'intégration sur le terrain des programmes de gestion des maladies chroniques et en assurent la promotion par leur soutien auprès des différents partenaires. Ils contribuent au déploiement des outils technologiques favorisant l'accès, ex. : Rendez-vous santé Québec (RVSQ).

Les coordonnateurs médicaux locaux sont assignés dans les différents RLS du territoire montréalais. Ils sont près des besoins des patients en matière d'accès aux médecins de famille et sont en lien avec l'organisation des services médicaux de première ligne.

Depuis avril 2019, les coordonnateurs médicaux locaux sont nommés pour une période de 4 ans et doivent atteindre des objectifs signifiés lors du renouvellement de leur mandat.

<b>Axe 2. Soutien au mandat des coordonnateurs médicaux locaux (CML)</b>				
<b>Résultats attendus</b>	<b>Responsables (parties prenantes)</b>	<b>Activités</b>	<b>Indicateurs de rendement/ échancier</b>	<b>Indicateurs de risque</b>
1. Connaissance des besoins des médecins en lien avec la prise en charge des patient	Chefs de table, DRMG, CML, CIUSSS	Participation aux rencontres des tables locales  Lien avec les médecins des différentes cliniques	Suivi des prises en charges/trimestriel  Mise à jour périodique /6 mois	Information non disponible
2. Consolidation des mécanismes de collaboration avec les équipes GAMF du CIUSSS	CML, CIUSSS, équipe du GAMF	Formation continue du personnel du GAMF  Liens réguliers avec l'équipe et le gestionnaire	Formation au nouveau personnel  Rencontres périodiques / 4 par an	Difficulté de rejoindre les gestionnaires
3. Maîtrise des différents dossiers par les CML (cf. mandat)	DRMG, CRDS, CIUSSS	Suivi périodique du DRMG avec les CML (4/an)  Suivi individuel du DRMG en lien avec les objectifs (1/an)	Rencontres 4 fois /an  Rencontre annuelle des CML individuellement (janv/fév)	Non-disponibilité

### Axe 3. Étude et développement de modèles de création de cliniques ou GMF dans les milieux qualifiés de déserts médicaux

Nous remarquons au cours des dernières années que la notion de désert médical revient systématiquement dans les discussions notamment dans l'est et dans l'ouest de Montréal. S'ajoute toutefois maintenant une notion de désert médical dans des parties de RLS qui n'attirent pas les nouveaux facturants ou les médecins en mobilité interrégionale (MIR).

De plus en plus, les médecins de famille désirent se regrouper en clinique ou GMF afin de travailler en équipe avec le soutien d'intervenants en soins infirmiers et en service psychosocial. Nous remarquons la présence de groupes de nouveaux facturants désirant aller travailler dans le même RLS et faire équipe dans une clinique ou un GMF. Par ailleurs, en l'absence de structures immobilières, il est difficile de s'installer là où les milieux cliniques sont absents. Les nouveaux facturants s'installent plus facilement dans des milieux accueillants et déjà organisés, leur facilitant la tâche.

Il serait intéressant de réfléchir à la création de GMF progressifs en milieu urbain qualifié de désert médical afin d'inciter des groupes de médecins de famille à s'y installer avec l'appui de la municipalité et des autres acteurs privés qui y faciliteraient la création de nouvelles cliniques, éventuellement des GMF. Il serait opportun de valider avec le MSSS son ouverture au développement de ce modèle dans le cadre GMF.

Axe 3. Étude et développement de modèles de création de cliniques ou GMF dans les milieux qualifiés de déserts médicaux				
Résultats attendus	Responsables (parties prenantes)	Activités	Indicateurs de rendement/ échancier	Indicateurs de risque
1. Identification du nombre de cliniques et GMF dans les différents milieux	CIUSSS- DRMG-MSSSS	Un relevé des cliniques, GMF et autres lieux de pratique médicale est compilé	Une cartographie est disponible / sept 2019	Information non disponible
2. Identification des déserts médicaux (définition et codes postaux)	CIUSSS, DRMG	Définition de la notion de désert médical  Validation du désert médical dans son milieu	Une cartographie est disponible / sept 2019	Désintérêt des parties prenantes
3. Intégration de la notion de GMF progressif à Montréal dans le programme GMF pour les zones identifiées déserts médicaux	DRMG-MSSS vs programme GMF	Validation de l'intégration de cette notion au MSSS  Plan de développement de ces GMF progressifs sur 3 à 5 ans	Un modèle est développé et accepté par le MSSS / déc. 2019	Désaccord du MSSS



Résultats attendus	Responsables (parties prenantes)	Activités	Indicateurs de rendement/ échéancier	Indicateurs de risque
4. Contacts avec les municipalités concernées et les entrepreneurs privés	CIUSSS / DRMG	Démarches auprès des municipalités et entrepreneurs	6 mois Sept 2020	Difficulté d'obtenir l'appui des municipalités ou autres contracteurs privés

#### **Axe 4. Recensement de la pratique médicale en CLSC (portrait de la réalité, prise en charge par les médecins et arrimage avec les programmes)**

À la lumière des chiffres du rapport 13 envoyé par la DOSPLI sur le nombre de prises en charge des médecins en CLSC, il nous apparaît essentiel de faire le point sur les activités médicales des médecins dans les 34 CLSC et dans la Clinique communautaire de Pointe-St-Charles sur le territoire montréalais. Le rapport 13 de la RAMQ du 15 mai 2019 mentionne que 531 médecins pratiquent en CLSC et à la clinique communautaire de Pointe-St-Charles et qu'ils ont en moyenne 316 inscriptions pondérées. L'étude du rapport met en lumière une grande variabilité dans les inscriptions allant de 28 à 781 patients pondérés inscrits par médecin.

Il nous est apparu important de recenser la pratique médicale en CLSC en faisant le portrait du nombre de médecins, du nombre d'équivalents temps complet, du nombre de prises en charge au CLSC ou à domicile et de leur volume d'implication dans les programmes afin de mieux comprendre la réalité de la pratique médicale dans ce milieu.

Il est important que les CIUSSS revoient les besoins en expertise médicale dans les différents programmes pour ainsi harmoniser la pratique médicale en CLSC sur le territoire montréalais et clarifier les attentes envers les médecins de famille.

<b>Axe 4. Recensement de la pratique médicale en CLSC (portrait de la réalité, prise en charge par les médecins et arrimage avec les programmes).</b>				
Résultats attendus	Responsables (parties prenantes)	Activités	Indicateurs de rendement/ échéancier	Indicateurs de risque
1. Identification du nombre de médecins ETP en fonction des activités (prise en charge, sans rendez-vous, différents programmes)	CIUSSS, DSP, gestionnaire 1 <sup>re</sup> ligne, chef de département de méd. générale et chef de service en CLSC + ass. des mds en CLSC	Identification des données à collecter.  Collecte de données des activités des médecins en CLSC	Portrait complet est disponible / 31 déc 2019	Non-participation des CIUSSS et des médecins  Données non disponibles

Résultats attendus	Responsables (parties prenantes)	Activités	Indicateurs de rendement/ échéancier	Indicateurs de risque
2. Identification du nombre de prises en charge des médecins et des résidents (inscriptions)	CIUSSS, gestionnaire 1 <sup>re</sup> ligne, chef de service CLSC	Révision des inscriptions en CLSC dans les différents programmes.  Critères des inscriptions	Un tableau des inscriptions est disponible / Mars 2020	Données non disponibles
3. Identification des programmes et services nécessitant l'apport d'un médecin de famille et préciser le rôle qu'on attend de lui	CIUSSS, gestionnaire 1 <sup>re</sup> ligne, DSP et DRMG Association des mds en CLSC	Consultation du cadre normatif venant de l'association des mds en CLSC  Estimation des besoins pour maintenir les activités actuelles et en développement des programmes	Un guide est disponible précisant le rôle du médecin de famille dans les programmes / mars 2020	Attentes des différentes parties sont incompatibles
4. Identification du soutien administratif nécessaire aux médecins de famille en CLSC et disponibilité selon les heures d'ouverture	CIUSSS, gestionnaire 1 <sup>er</sup> ligne, chargé des services médicaux en CLSC	Rappel des normes selon l'annexe 111 (Circulaire du MSSS sur le soutien à la pratique en CLSC)  Équipement disponible sur place	Les normes sont connues  Les attentes envers le soutien administratif sont identifiées / juin 2020	Non collaboration des CIUSSS
5. Étude du mode de rémunération des médecins en CLSC	DRMG, chef de département de médecine générale	Étude de la documentation disponible : liens avec FMOQ et RAMQ et chefs de départements de médecine générale Portrait de la situation Analyse des impacts et recommandations	Portrait est disponible  Analyse présente des recommandations applicables	Non collaboration des médecins  Impossibilité de changement

#### Axe 5. Amélioration de l'accès aux services de médecine de famille pour les demandeurs d'asile et les réfugiés

Rappelons que durant la période de la régularisation de leur statut, les demandeurs d'asile ne sont pas couverts par la Régie de l'assurance-maladie du Québec pour leurs soins de santé. Ils sont couverts par le Programme fédéral de santé intérimaire (PFSI), un programme qui offre une protection limitée et temporaire en matière de soins de santé. Les médecins de famille, peu importe où ils pratiquent, doivent être inscrits comme fournisseur auprès de Médavie Croix Bleue pour facturer un service couvert par le PFSI et être payés. La facturation auprès de Médavie Croix-Bleue est distincte de la facturation à la RAMQ. Les demandeurs d'asile ont de la difficulté à trouver des médecins de famille fournisseurs de Médavie Croix-Bleue qui acceptent de voir des patients couverts par le PFSI. Nous n'avons pas de données sur le nombre de personnes couvertes par le PFSI à Montréal.

Une fois leur statut régularisé, les réfugiés ont accès à l'Assurance-maladie du Québec pour couvrir les soins et services de santé dont ils ont besoin. Les réfugiés affirment avoir de la difficulté à trouver un médecin de famille qui accepte de les prendre en charge. La clinique des demandeurs d'asile et réfugiés (CDAR) compte 5 médecins (1 ETC) pour réaliser le bilan de santé de tous les réfugiés établis à Montréal, ce qui est insuffisant. Des AMP ont été reconnues au CDAR afin d'inciter les médecins à offrir des services dans ce milieu.

Il est important d'explorer les raisons restreignant l'offre de services médicaux de première ligne pour les demandeurs d'asile (consultations pour des problèmes ponctuels et prise en charge temporaire pour des conditions nécessitant un suivi) et les réfugiés (prise en charge) afin de proposer des solutions. Soulignons l'incapacité d'inscription des demandeurs d'asile auprès d'un médecin de famille ainsi que les barrières linguistiques. Notons que les milieux universitaires accueillent des étudiants étrangers qui consultent des médecins de famille, ces médecins peuvent assurer près de 500 consultations mensuellement.

<b>Axe 5. Amélioration de l'accès aux services de médecine de famille pour les demandeurs d'asile et les réfugiés</b>				
<b>Résultats attendus</b>	<b>Responsables (Parties prenantes)</b>	<b>Activités</b>	<b>Indicateurs de rendement/ échancier</b>	<b>Indicateurs de risque</b>
1. Définition de la trajectoire optimale d'orientation des demandeurs d'asile et réfugiés : CLSC, GMF, urgence ou autres cliniques	CIUSSS Centre-Ouest, CIUSSS, organismes communautaires	Identification des trajectoires optimales dans les différents RLS  Identification des informations à transmettre	Trajectoire par RLS est disponible /nov. 2019  Liste des informations est disponible /sept. 2019	Collaboration des cliniques
2. Documents d'information et de formation disponibles pour conférence ou lecture	CIUSSS Centre-Ouest	Présentation du mandat de PRAIDA  Information sur l'inscription à Médavie et services offerts	Présentation simplifiée est disponible / sept 2019  Présentation accessible de Médavie est disponible sept 2019	Accessibilité des documents
3. Reconnaissance du code de vulnérabilité pour les réfugiés	DRMG, MSSS, RAMQ,	Attribution d'un code de vulnérabilité par RAMQ aux réfugiés	Code est accepté /juin 2019	s/o

Résultats attendus	Responsables (Parties prenantes)	Activités	Indicateurs de rendement/ échéancier	Indicateurs de risque
4. Portrait des services médicaux offerts malgré les contraintes (DDA, étudiants étrangers, sans papier...)	CIUSSS, DRMG	Registre des médecins qui acceptent de voir ces populations  Impact sur la pratique professionnelle	Liste des médecins et cliniques est disponible / oct. 2019	Information non disponible
5. Identification des barrières relationnelles et obstacles : langue, culture, et budget de services d'interprètes	CIUSSS, DRMG, chefs de tables locales AMOM, MSSS	Étude des besoins en interprétariat dans les cliniques	Budget pour les interprètes est disponible /sept 2019	Budget non prévu
6. Inscription des demandeurs d'asile auprès d'un médecin de famille	MSSS, RAMQ et DRMG	Démarches afin de reconnaître les consultations dans la prise en charge et le taux d'assiduité	Le nombre de consultation est reconnu.	Désaccord du MSSS
7. Inscription du patient à la RAMQ, dans le DMÉ, RVSQ, accès au DSQ, etc.	CIUSSS, MSSS, RAMQ, DRMG	Démarches afin d'attribuer un numéro d'assurance maladie aux DDA	Obtention d'un numéro de carte pour inscription / 2020	Désaccord du MSSS

## Axe 6. Soutien des pratiques spécifiques

### Santé mentale

La clientèle en santé mentale requiert une équipe de soutien articulée pour les médecins de famille qui la prennent en charge. De plus, les omnipraticiens ont besoin que le lien se fasse rapidement avec le psychiatre lorsque nécessaire. Le CRDS comporte désormais un volet psychiatrie. Toutefois, son fonctionnement ne semble pas encore optimal.

Il est important de bien identifier et définir les attentes des médecins envers les services offerts en santé mentale afin que la prise en charge soit efficace. Les psychiatres répondant disponibles dans les différents secteurs doivent développer un partenariat avec l'équipe en place et établir des liens qui doivent se faire rapidement et facilement avec les médecins de famille. Il faut impliquer les psychiatres dans les services dans la communauté en soutien aux médecins de famille.

La santé mentale jeunesse est en difficulté ; les hôpitaux ayant une vocation en santé mentale jeunesse ne suffisent pas à répondre à la demande. Le processus est long et il n'existe pas de consensus sur les définitions des services attendus ou à offrir.

### **Soins à domicile, CHSLD, Réadaptation, soins postaigus et soins palliatifs**

La situation des effectifs médicaux en soins à domicile, CHSLD, réadaptation, postaigus et soins palliatifs interpelle les médecins de famille. Il existe des établissements (dont plusieurs CHSLD publics et privés conventionnés) avec de multiples vocations telles que les grands brûlés, spinaux orthopédiques, AVC et autres pathologies neurologiques, déconditionnement sévère à la suite d'une condition médicale récente. Certaines unités ont une spécialisation gériatrique. Les clientèles présentent de multiples pathologies, et ce, surtout en lits postaigus qui ont majoritairement des profils gériatriques, santé mentale et déficience intellectuelle même si ces profils ne sont pas reconnus officiellement.

Il y a une lourdeur médicale de plus en plus importante de cette clientèle. Pour la clientèle adulte, il s'agit d'unités de profil UCDG (unité de courte durée en gériatrie), car ce sont des unités interdisciplinaires s'occupant de problèmes médicaux actifs sur fond de chronicité pour des malades en perte d'autonomie fonctionnelle. Les durées de séjour pour ces patients dans les hôpitaux de soins aigus dépendent de la disponibilité de ces lits pour permettre les congés. Les équipes interdisciplinaires sont victimes de pénurie de main-d'œuvre qualifiée et il en est de même avec le corps médical. Les médecins généralistes y travaillant ont, pour la majorité, une rémunération au tarif horaire et d'autres ont une rémunération mixte. Même si leur pratique est en CHSLD, ils n'ont pas accès aux avantages de l'entente 327.

### **Dépendances et itinérance**

L'accessibilité aux services adaptés, continus et complémentaires pour les personnes souffrant de dépendance et celles en situation d'itinérance doit être améliorée. Le nombre de personnes en situation d'itinérance qui demandent de l'aide est en augmentation. Les médecins de famille doivent être en mesure de pouvoir venir en aide à cette population particulière. Conscient de l'importance des problématiques de dépendance et d'itinérance sur le territoire montréalais, le DRMG propose des AMP en toxicomanie et en itinérance.

### **Autisme et déficience intellectuelle**

Selon un rapport de l'INSPQ (Surveillance du trouble du spectre de l'autisme au Québec :

[https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2310\\_surveillance\\_trouble\\_spectre\\_autisme.pdf](https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2310_surveillance_trouble_spectre_autisme.pdf)),

entre 2000 et 2015, on a vu la prévalence et le taux d'incidence du trouble du spectre de l'autisme (TSA) augmenter de façon régulière. Les gens atteints du TSA ont un nombre de visites médicales deux fois plus élevé que les individus non TSA. La prise en charge de la majeure partie des enfants et des adolescents atteints de TSA est faite par des psychiatres et des pédiatres. Par contre, à l'âge adulte, on voit une diminution de l'utilisation des services spécialisés en santé mentale. Dans bien des cas, ce sont les médecins de famille qui prennent la relève. La réponse aux besoins des personnes ayant une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme doit être améliorée.

En conclusion, ce n'est donc pas le manque d'intérêt, mais plutôt le manque de ressources, particulièrement le support d'une équipe dédiée, qui explique le fait que les omnipraticiens sont moins portés à vouloir suivre des patients avec ces problématiques spécifiques. Il y a une pénurie chronique de la main-d'œuvre médicale dans toutes ces pratiques spécifiques. Le recrutement des médecins de famille dans ces pratiques est difficile en raison des intérêts et compétences particulières et spécialisées requises pour adresser les problèmes complexes des patients ainsi qu'en raison des responsabilités élevées. Dans certains milieux, les médecins ne peuvent pas s'absenter, car ils y pratiquent seuls et les remplacer est une tâche très difficile. Pour les patients, les places ne suffisent pas dans certains territoires. Finalement, des enjeux de rémunération, qui n'est pas adaptée à la lourdeur des cas, rendent certaines de ces pratiques moins attirantes.

<b>Axe 6. Soutien des pratiques spécifiques - santé mentale</b>				
<b>Résultats attendus</b>	<b>Responsables (parties prenantes)</b>	<b>Activités</b>	<b>Indicateurs de rendement/ échéancier</b>	<b>Indicateurs de risque</b>
1. Portrait de l'offre de services en santé mentale adulte en première ligne	CIUSSS, DRMG	Participation à l'identification des problématiques en santé mentale en facilitant des rencontres avec les parties prenantes.	Disponibilité du portrait/ mars. 2020	Accès difficile aux données  Les médecins ne collaborent pas
<b>Soins à domicile, CHSLD, Réadaptation, soins post aigus et soins palliatifs</b>				
2. Identification des problématiques en réadaptation pour la rétention des médecins de famille pour chacune des pratiques spécifiques	CIUSSS, DRMG, FMOQ	Participer à l'identification des conditions de pratique favorable et défavorable en facilitant des rencontres avec les parties prenantes.	Liste des problématiques/mars 2020	Manque de collaboration des parties prenantes
3. Représentations auprès du MSSS et de la FMOQ pour faire connaître les soins postsaigus.	DRMG, FMOQ, MSSS	Rencontrer la FMOQ et le MSSS Envoyer de la documentation à la FMOQ et au MSSS	Rencontres effectuées Documentation envoyée/déc. 2019	Désintérêt des parties prenantes
<b>Dépendance-itinérance</b>				
4. Création d'une AMP en soins en toxicomanie	DRMG, comité paritaire FMOQ-MSSS	Demander au comité paritaire FMOQ-MSSS d'accepter les soins en toxicomanie comme AMP	Fait - Février 2019	s/o
5. Création d'une AMP en soins en itinérance	DRMG, comité paritaire FMOQ-MSSS	Demander au comité paritaire FMOQ-MSSS d'accepter les soins en itinérance comme AMP	Fait - Mai 2019	s/o
6. Amélioration des connaissances des médecins à propos de la toxicomanie	DRMG, CIUSSS, FMOQ, AMOM	Organiser des activités de formation continue lors de l'assemblée générale du DRMG	Conférence lors de l'assemblée générale/mai 2020	Difficulté à trouver des conférenciers  Manque d'intérêt des médecins

Résultats attendus	Responsables (Parties prenantes)	Activités	Indicateurs de rendement/ échancier	Indicateurs de risque
7. Amélioration des connaissances des médecin à propos de l'itinérance	DRMG, CIUSSS, FMOQ, AMOM	Organiser des activités de formation continue lors de l'assemblée générale du DRMG	Conférence lors de l'assemblée générale/mai 2020	Difficulté à trouver des conférenciers Manque d'intérêt des médecins
<b>Autisme</b>				
8. Amélioration des connaissances des médecins de famille à propos de ces clientèles	DRMG, CIUSSS, FMOQ, AMOM	Organiser des activités de formation continue lors de l'assemblée générale du DRMG	Conférence lors de l'assemblée générale/mai 2021	Difficulté à trouver des conférenciers Manque d'intérêt des médecins
9. Amélioration du support aux médecins qui souhaitent prendre en charge ces clientèles	DRMG, CIUSSS, GMF CLSC, équipe de 1 <sup>re</sup> ligne	Faciliter des activités/rencontres permettant l'identification d'une équipe dédiée et la trajectoire de soins	Déc 2021	Désintérêt des parties prenantes

## Axe 7. Transfert de l'information

Selon l'APCM (Association canadienne de protection médicale), le manque de communication entre les médecins se produit le plus souvent lors du transfert des soins, du suivi des investigations diagnostiques et de l'élaboration des plans de traitement.

Des difficultés au niveau du transfert de l'information vient nuire à la communication des tests de laboratoire et autres tests diagnostiques. La solution régionale de laboratoire (SRL) devrait rendre les résultats de tests de laboratoire disponibles dans le DMÉ du médecin prescripteur. Toutefois, il n'y a toujours pas d'uniformité au niveau territorial et le fonctionnement n'est pas le même selon le laboratoire duquel proviennent les résultats. L'utilisation de la plateforme régionale en elle-même semble être ardue en raison de nombreuses difficultés rencontrées. On dénote un problème d'accès aux résultats des tests diagnostiques par les médecins de famille, qui ne les reçoivent pas systématiquement. On remarque des délais de transcription qui ont comme conséquence de nuire au suivi optimal des patients. L'imagerie médicale est particulièrement touchée.

Les médecins de famille ne sont pas nécessairement informés lorsque leurs patients sont vus par d'autres médecins de famille en clinique, à l'urgence ou par des médecins spécialistes. Les rapports des spécialistes ne sont pas systématiquement transmis aux médecins de famille et, lorsqu'ils le sont, leur lecture est parfois difficile. Il semble que les omnipraticiens reçoivent moins les rapports de consultation des spécialistes lorsque ces derniers n'ont pas de liens avec les omnipraticiens. Il arrive que le patient soit responsable de transmettre les documents au médecin, ce qui implique des délais ou des oublis. Le CRDS devrait contribuer à réduire les problèmes de communication entre les spécialistes et les omnipraticiens.

Le transfert de l'information est grandement facilité par l'utilisation des DMÉ, qui améliorent le suivi des patients, la performance des équipes de soins et du personnel administratif. Malheureusement, les DMÉ ne sont pas encore implantés dans tous les milieux. De plus, il n'y a pas nécessairement d'interopérabilité entre les différents DMÉ ou entre les DMÉ et les autres plateformes du réseau de la santé du Québec.

Il y a un manque de connaissance des ressources disponibles. Plusieurs services ou programmes existent pour les patients dans le réseau de la santé et au niveau communautaire, mais ne sont pas nécessairement connus des médecins ou ces derniers ne connaissent pas leurs modalités d'utilisation.

<b>Axe 7. Transfert de l'information</b>				
<b>Résultats attendus</b>	<b>Responsables (parties prenantes)</b>	<b>Activités</b>	<b>Indicateurs de rendement/ échancier</b>	<b>Indicateurs de risque</b>
1. Identification des problématiques des médecins au niveau de l'obtention des résultats des tests réalisés par leurs patients	DRMG, Table de 1 <sup>re</sup> ligne, AMOM	Effectuer une consultation auprès des médecins de Montréal	Liste des problématiques/déc. 2019	Non-participation des parties prenantes
2. Formation des médecins et du personnel administratif à l'utilisation optimale de l'outil	DRMG, CIUSSS, responsable des GMF	Faciliter l'organisation de formations locales	Formations ont eu lieu/nov. 2020	Collaboration des parties prenantes
3. Amélioration au niveau de la communication entre les spécialistes et les omnipraticiens	DRMG, Collège des médecins, CIUSSS, Fédérations	Faciliter la création de leviers et de ressources  Faciliter l'analyse de trajectoires  Faciliter les discussions entre spécialistes et omnipraticiens	Rencontres ont eu lieu/juin. 2020	Attentes des différentes parties prenantes incompatibles
4. Amélioration de l'interopérabilité entre les systèmes d'information	DRMG, CIUSSS, gestionnaires des services de 1 <sup>re</sup> ligne	Faciliter le travail déjà en cours de création d'un identifiant unique servant de parapluie	Systèmes d'information interopérables/à confirmer	Difficultés techniques



Résultats attendus	Responsables (parties prenantes)	Activités	Indicateurs de rendement/ échéancier	Indicateurs de risque
5. Amélioration des connaissances des médecins au sujet des ressources disponibles	DRMG, CIUSSS	Faciliter la création d'un répertoire de ressources intra et extramuros disponible sur le territoire.	Répertoire disponible et utilisé/juin 2020	Main-d'œuvre insuffisante  Diffusion de l'information inadéquate

DRMG de Montréal  
Le 10 août 2019