

UNE ÎLE EN SANTÉ

DÉPARTEMENT RÉGIONAL DE MÉDECINE GÉNÉRALE DE MONTRÉAL



Impact de la pandémie

Quelque 2000 personnes ont fait appel au Programme d'aide aux médecins du Québec l'an dernier

29



**Gestion des AMP :
bien saisir les enjeux
de la refonte**

33



Direction régionale de l'accès aux services médicaux de première ligne du DRM de Montréal.

TABLES DES MATIÈRES



29



22



25



33

Soins de santé et achats en ligne	04	Accompagnement proposé aux GMF intéressés à améliorer l'accès adapté	25
Une année bien remplie pour la DRASMPL	05	Invitation aux GMF pour participer à un projet-pilote CoMPAS+ MPOC	26
PREM: Entre émoi et frustration	06	Merci D^r Daniel Murphy	27
Tout savoir sur les coordonnateurs médicaux locaux en cinq questions	07	Les guichets d'accès aux services de première ligne (GAP) pour la population sans médecin de famille arrivent!	28
Offrir un soutien aux survivants du cancer dans le cadre de leur retour au travail	21	La pandémie a affecté psychologiquement les médecins, indique le PAMQ	29
Le D^r Gilles de Margerie se prépare à accueillir les réfugiés ukrainiens	22	Bien saisir les enjeux de la refonte de la gestion des AMP	33
Les Guichets d'accès de première ligne orienteront le patient vers la ressource appropriée	24		



Soins de santé et achats en ligne

Notre réseau de soins de santé a été mis à rude épreuve récemment, ce qui a mis en relief ses forces et sa résilience et, en même temps, ses limites et ses faiblesses.

Les besoins croissants et variables dans le temps sont confrontés à l'offre de soins qui n'est pas extensible à l'infini. Pour y faire face, il apparaît plus que jamais important d'adapter cette offre en connaissant mieux les réflexes de consommation de la population.

Il est possible de faire un parallèle avec ces réflexes de consommation des soins et les habitudes d'achat de biens. On acquiert rarement un véhicule directement sur internet, préférant plutôt une visite chez le concessionnaire. Par contre, on visitera de notre salon les Amazon de ce monde pour l'achat d'une spatule pour la cuisson. La même spatule sera achetée au magasin si le besoin se fait sentir juste avant un repas et qu'il ne peut être retardé au lendemain. De plus, certains sont habitués à acheter des vêtements en ligne alors que ce geste est impensable pour d'autres consommateurs.

Ainsi, aurions-nous avantage à mieux connaître, comme les géants du web, les réflexes de consommation des soins de notre population pour moduler l'offre que nous sommes en mesure de fournir? Les facteurs comme la connaissance du réseau de la santé et la réalité socioéconomique et culturelle des patients influenceront fortement le moment et l'endroit de consommation des soins. Une mère monoparentale en situation d'emploi précaire aux prises avec un enfant fiévreux en début de soirée aura probablement un choix temporel et de lieu de consommation de soins fort différents de celui d'un patient adulte entouré d'une équipe de professionnels en maladie chronique.

Il est à parier qu'il serait plus judicieux pour tous, dispensateur de soins et consommateurs de soins, de connaître avec plus de précision ces réflexes de consommation pour ajuster notre présence en temps et en nombre pour répondre à ces besoins de consultation.

Est-il utopique d'espérer éduquer nos consommateurs à rechercher des soins avec le bon professionnel, dans le lieu approprié et au temps voulu de la journée pour permettre à nos ressources limitées de répondre avec finesse à l'ensemble des demandes de soins?



Dr François Loubert
Chef du DRMG de Montréal



Photo: medphoto@jgh.mcgill.ca

Une année bien remplie pour la DRASMPL

2021-2022

a été une année charnière pour la mise sur pied de la Direction régionale de l'accès aux services médicaux de première ligne (DRASMPL). D'abord instaurée en 2020 en tant que Bureau d'accès, la future direction allait voir le jour dès le 1^{er} avril 2021.

Ainsi, après un an d'existence, la Direction régionale de l'accès aux services médicaux de proximité du Département régional de médecine générale (DRMG) de Montréal, par son leadership, a pour fonction de soutenir la mise en œuvre des orientations stratégiques et de proposer des mécanismes novateurs en collaboration avec tous les acteurs du réseau de la santé, afin d'améliorer l'accès et la trajectoire aux services médicaux de proximité à la population dans le respect des orientations, des mandats et de l'autorité du DRMG de Montréal.

Intégrée au DRMG de Montréal et répondant aux demandes de ce dernier, la DRASMPL a su rapidement et concrètement mettre de l'avant son expertise pour la communauté médicale et ses représentants.

Parmi ces actions, la DRASMPL a entrepris la mise en place d'un centre d'expertise en intelligence d'affaires sur l'accès aux services médicaux permettant aux douze chefs de table locale et aux douze coordonnateurs médicaux locaux (CML) d'avoir accès à des données pour permettre des prises de décision éclairée.

Soulignons également l'instauration et la gestion de l'élaboration d'un mécanisme d'accès médical à une clientèle montréalaise 0-16 ans qui a suscité des gains considérables pour les services préhospitaliers avec plus de 45 000 demandes d'accès.

Mentionnons aussi la coordination régionale du HUB (orchestrateur d'appels), la mise en place des guichets d'accès à la première ligne (GAP) destinée à une population orpheline et, enfin, l'accompagnement et la mise en fonction d'un modèle d'accès adapté. Ces initiatives propulsées par le DRMG de Montréal ont un impact sur l'accès à un médecin de famille à Montréal.

«Nous n'insisterons jamais assez sur l'importance d'être à l'écoute, de bien s'entourer, de tisser des alliances stratégiques, d'être imputable des résultats, mais surtout de ne jamais perdre de vue que tous nos efforts sont axés vers la population montréalaise à laquelle nous sommes redevables», mentionne Sébastien Blin, directeur de la DRASMPL.



La cogestion des dossiers de l'accès aux services médicaux avec le chef du DRMG de Montréal, Dr François Loubert, les chefs de tables locales, les coordonnateurs médicaux locaux des réseaux locaux de services (RLS) et les directeurs des services médicaux est essentielle à l'amélioration de l'accès aux soins de première ligne à Montréal.



Sébastien Blin
Directeur de la DRASMPL

PREM: Entre émoi et frustration



Photo: Pixabay

Le plan régional des effectifs médicaux (PREM) suscite chaque année beaucoup d'émoi. Le nombre de postes attribué à Montréal génère son lot de frustrations.

Chaque année, la répartition du nombre de postes pour le PREM pour les diverses régions du Québec est déterminée par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) à partir d'une multitude d'indicateurs qui sont sujets à des pondérations. À titre d'exemple, pour le PREM 2022, 102 postes de nouveaux facturants auraient été attribués à Montréal sur la base de cet exercice avec les indicateurs du MSSS. Cependant, après un ajustement du ministre, ce nombre a été réduit à 72 postes.

Le DRMG ne partage pas les raisons invoquées par l'équipe ministérielle pour justifier cette réduction. Les PDG et les directions des services professionnels (DSP) de Montréal ont été sensibilisés à cette situation afin d'exercer des pressions avec le DRMG auprès du MSSS.

Nous croyons que la région montréalaise devrait bénéficier de sa juste part de nouvelle main-d'œuvre médicale pour faire face :

- ▶ Aux départs à la retraite;
- ▶ À la pression qu'exerce le nombre important de citoyens sans médecin de famille;
- ▶ À la charge qu'impose la desserte inévitable de la population de la couronne de Montréal;
- ▶ Aux besoins que génèrent les activités médicales propres aux institutions montréalaises comme le CHUM, le CUSM et les centres pédiatriques spécialisés pour ne nommer que ceux-ci.

Il faudrait également pouvoir composer avec la pression tributaire des spécificités de la population montréalaise en lien avec l'immigration, l'itinérance et les autres réalités métropolitaines.

Nous soulignons l'importance que cette juste répartition entre les régions du Québec soit basée sur les indicateurs les plus représentatifs possibles en se rapprochant d'un modèle qui vise à combler l'écart entre la demande et l'offre sans ajustements arbitraires ou non réalistes. Nous travaillons pour que le PREM 2023 soit à la hauteur des besoins de notre population.

D^r François Loubert
Chef du DRMG de Montréal



Le DRMG de Montréal souhaite une plus juste répartition concernant le plan régional des effectifs médicaux.
Photo: Pixabay

Tout savoir sur les coordonnateurs médicaux locaux en cinq questions

Qu'est-ce qu'un coordonnateur médical local (CML)?

Un CML est un médecin de famille, membre du DRMG, qui assume un rôle dans l'organisation et la coordination des services médicaux de première ligne. Il y a un CML pour chacun des RLS (Réseau local de services) du territoire montréalais.

Comment est nommé un CML?

Le recrutement se fait au moment du renouvellement du mandat, ou lorsqu'il y a un poste vacant. Le médecin de famille doit faire parvenir sa candidature au DRMG. Sa candidature est retenue par le DRMG à la suite d'une sélection et fait l'objet d'une recommandation favorable du CMDP (Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens).

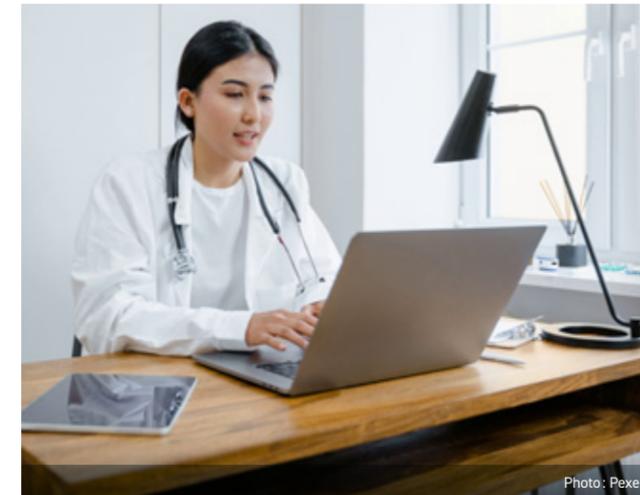


Photo: Pexels

Le DRMG sélectionne des candidats :

- ▶ Qui font preuve de leadership et ont les compétences nécessaires pour occuper le poste de CML;
- ▶ Qui offrent une représentativité des caractéristiques linguistiques et culturelles du RLS;
- ▶ Qui connaissent les milieux d'exercice professionnel de la région et de leur RLS;
- ▶ Qui apportent une expertise complémentaire;
- ▶ Qui permettent de respecter la représentation femmes/hommes la plus équitable possible.

Quels sont ses mandats?

Les CML agissent à titre de répondants pour le guichet d'accès à un médecin de famille en assurant, entre autres, la liaison entre le CIUSSS et les médecins de famille du RLS. Ils agissent en tant que répondants auprès du CRDS (Centre de répartition des demandes de services) pour les demandes issues de leur RLS respectif.

En raison du caractère opérationnel de leurs responsabilités et des liens privilégiés que les CML créent avec les médecins de la communauté, les mandats suivants leur sont également impartis :

- ▶ Participer à la mise en place d'approches novatrices en termes de partenariat, avec le CIUSSS et les ressources médicales du territoire du RLS pour répondre à des besoins précis;
- ▶ Favoriser la continuité des soins de la clientèle du territoire, en référant, au besoin, aux programmes et services offerts par le CIUSSS;
- ▶ Participer à l'intégration sur le terrain des programmes de gestion des maladies chroniques et en assurer la promotion par son soutien auprès des différents partenaires;
- ▶ Participer au déploiement des outils technologiques favorisant l'accès.

Il participe aux activités suivantes :

- ▶ Rencontres régionales statutaires organisées par le chef du DRMG;
- ▶ Tables locales du DRMG de son RLS respectif;
- ▶ Rencontres du CIUSSS en lien avec ses responsabilités et son rôle dans la gestion du guichet d'accès (GAMF).

Quelle est la durée de son mandat?

La nomination des CML au niveau des RLS se fait par le DRMG, pour une durée de 4 ans notamment au 1^{er} avril 2023 et ainsi de suite.

Le mandat du CML est-il renouvelable?

Le mandat du CML est renouvelable sans restriction.



DOCTEUR
**RONALD
LUDMAN**

*Chef de table locale et coordonnateur médical local
Côte-Saint-Luc - NDG - Montréal-Ouest
CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal*

Après avoir obtenu son doctorat en biochimie de l'Université Sussex au Royaume-Uni en 1976, Dr Ronald Ludman a réalisé ses études en médecine familiale à l'Université McGill en 1979.

Au cours de sa carrière, il a pratiqué la médecine familiale à temps partiel, en plus de se consacrer aux soins de longue durée et de réadaptation.

Sur le plan administratif, il a occupé diverses fonctions, dont celui de directeur des Services professionnels du Centre de santé et de services sociaux Cavendish, et celui de directeur adjoint aux Services professionnels au Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal.

Siégeant depuis 2005 au comité de direction du Département régional de médecine générale de Montréal, Dr Ronald Ludman continue de pratiquer la médecine familiale à temps partiel.

Photo: medphoto@jgh.mcgill.ca

DOCTEURE
**THU-HANG
TRAN**

*Coordonnatrice médicale locale au RLS Côte-des-Neiges -
Métro - Parc-Extension
CIUSSS Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal*

Dr^e Tran travaille à l'Hôpital Général Juif en tant que médecin au service des urgences depuis plus de 25 ans. Elle est médecin de famille avec une spécialisation en médecine d'urgence. Dr^e Tran a suivi sa formation médicale à l'Université McGill ainsi que sa formation spécialisée.

Elle partage également son temps de travail dans un Groupe de médecine de famille et un centre de réadaptation.

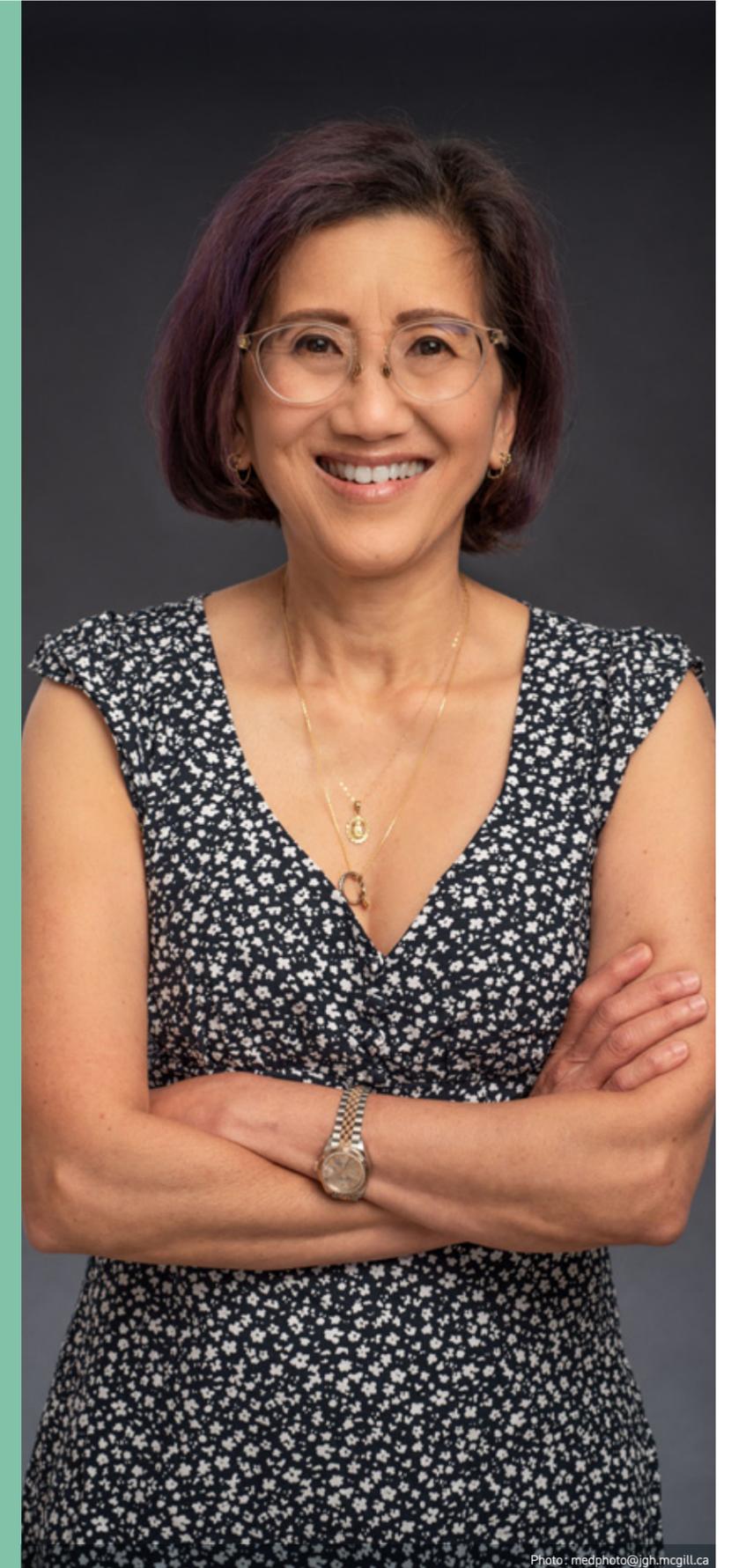


Photo: medphoto@jgh.mcgill.ca



DOCTEUR LOUIS- XAVIER D'Aoust

*Coordonnateur médical local au RLS Faubourgs –
Plateau-Mont-Royal – St-Louis-du-Parc
CIUSSS Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal*

Ayant obtenu son doctorat en médecine à l'Université de Montréal en 2010, Dr Louis-Xavier D'Aoust y a terminé sa résidence en médecine familiale ainsi qu'un programme de compétences avancées en périnatalité en 2012.

Il exerce actuellement comme clinicien enseignant au Groupe de médecine de famille universitaire des Faubourgs et a pratiqué l'obstétrique au Centre des naissances du CHUM. Dr D'Aoust a également une pratique spécialisée en périnatalité et toxicomanie au Rond-Point, un centre d'expertise périnatal et familial en toxicomanie.

Il est directeur médical de son GMF-U depuis 2016 et occupe la fonction de chef adjoint du département de médecine générale à la 1^{re} ligne et de cogestionnaire à la direction adjointe aux services généraux du CIUSSS Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal depuis 2021.

Dr D'Aoust est professeur adjoint de clinique à la Faculté de médecine de l'Université de Montréal et est activement impliqué au sein de comités de travail de différentes organisations dont l'Université de Montréal, le CQMF, le CMQ et l'OIIQ ainsi qu'au Conseil médical du Canada.

Fort de son expérience de pratique en établissement, il partage depuis tout récemment le rôle de CML avec la D^{re} Emmanuelle Huchet qui compte une solide expérience de la pratique en cabinet.

DOCTEURE EMMANUELLE HUCHET

*Coordonnatrice médicale locale au RLS Faubourgs –
Plateau-Mont-Royal – St-Louis-du-Parc
CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal*

D^{re} Emmanuelle Huchet est une médecin de famille au profil de pratique hors du commun qui, depuis 2006, s'implique auprès de la clientèle du centre-ville de Montréal. Formée avec D^{re} Sylvie Vézina durant ses années au service de la Clinique médicale l'Actuel, elle s'est révélée être une actrice centrale dans la prise en charge de patients nécessitant la thérapie agoniste aux opiacés.

Elle est une pionnière dans le traitement de l'hépatite C et a pavé la voie à l'accès au traitement aux personnes utilisatrices de drogues intraveineuses tant au niveau québécois que canadien. D^{re} Huchet s'implique également dans le suivi des personnes vivant avec le VIH, dans le dépistage, le traitement et la prévention des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) au Québec.

Au début de sa carrière, elle a pratiqué en Abitibi où elle a collaboré avec la communauté autochtone de Pikogan pour la prise en charge des maladies chroniques et le traitement de l'hépatite C.

Elle occupe la fonction de directrice médicale à la Clinique l'Agora dont elle est cofondatrice. Elle y travaille avec son équipe afin d'améliorer l'accès aux soins aux clientèles vulnérables du centre-ville de Montréal.





DOCTEURE ARIANE MURRAY

Coordonnatrice médicale locale et chef de table locale au RLS Verdun - Côte-St-Paul - Saint-Henri - Pointe-St-Charles CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

D^{re} Ariane Murray a terminé sa résidence à l'unité de médecine familiale de Verdun en 2007 après avoir fait ses études de médecine à l'Université de Montréal (UdeM). Elle a pratiqué pendant deux ans dans le Bas-St-Laurent en tant qu'urgentologue et hospitaliste, pour s'installer par la suite à Verdun.

Elle pratique actuellement au Groupe de médecine familiale - Universitaire de Verdun, où elle fait de la prise en charge et de la supervision clinique, en CHSLD et à titre de coordonnatrice médicale hospitalière au Centre hospitalier de Verdun.

D^{re} Murray a assumé le poste de directrice locale du programme de résidence au groupe de médecine familiale-universitaire de Verdun de 2010 à 2018. Elle agit à titre de représentante des médecins enseignants de l'UdeM au Comité des médecins enseignants de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ) depuis 2018, en plus d'être déléguée de l'Association des médecins omnipraticiens de Montréal, au Conseil de la FMOQ.

De 2018 à 2020, elle a siégé au Comité de l'avenir de la médecine familiale. En 2018, elle est nommée au poste de chef de table locale du Département régional de médecine générale (DRMG) de Montréal. Et en 2019, se rajoute à ce rôle celui de coordonnatrice médicale locale dans le Réseau local de services de Verdun, et participe à ce titre activement au déploiement du Guichet d'accès aux services de première ligne montréalais (GAP), en plus des mandats de cogestion du Guichet d'accès à un médecin de famille de son territoire et du Centre de répartition des demandes de services informatisés.

DOCTEUR RÉAL BARRETTE

Coordonnateur médical local au RLS Hochelaga - Mercier-Ouest - Rosemont CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal

Directeur médical au Centre d'expertise en maladies chroniques pour le Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Est-de-l'Île-de-Montréal, D^r Barrette a exercé au département d'urgence du CHUM et de l'Hôpital Notre-Dame pendant près de 20 ans.

C'est en 2014 qu'il a rejoint le CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal où il assume les fonctions de direction de médecin-conseil en maladies chroniques et aussi concernant les services de première ligne.

En 2017, il est nommé médecin-conseil en maladies chroniques pour Montréal. Il a occupé, de 2018 à 2020, le rôle de médecin-conseil à l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) pour le programme de formation et d'amélioration continu CoMPAS-GMF (Collectif pour les meilleures pratiques et l'amélioration des soins et services de première ligne en prévention et gestion de maladies chroniques).

Depuis 2020, D^r Barrette est médecin-conseil à la Direction des services de proximité en santé physique du ministère de la Santé et des Services sociaux et coprésident du comité de première ligne COVID-19. Il est également médecin responsable du GMF Maisonneuve-Rosemont.





DOCTEURE STÉPHANIE GOUGOUX

*Coordonnatrice médicale locale au RLS Rivière-des-Prairies - Anjou - Montréal-Est
CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal
Chef de table locale et Coordinatrice médicale locale au RLS Ahuntsic - Montréal-Nord
CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal*

Diplômée en médecine familiale de l'Université de Montréal en 1996, D^{re} Gougoux a débuté sa pratique en Gaspésie.

De retour à Montréal en 2003, elle s'est jointe à l'équipe d'hospitalisation du CH Fleury tout en assumant les responsabilités de chef du département de médecine générale pour le CSSS d'Ahuntsic et de Montréal-Nord. Entre 2009 et 2015, elle a travaillé comme médecin conseil à l'Agence de santé et services sociaux de Montréal. Durant cette période, elle a contribué au déploiement des guichets d'accès à un médecin de famille et des premiers CRDS.

Aujourd'hui médecin conseil au CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal, elle collabore avec les équipes responsables des différents guichets d'accès. Elle assume les fonctions de chef de table locale du DRMG et de coordonnatrice médicale locale (CML) pour le RLS d'Ahuntsic et de Montréal Nord. Durant la pandémie, elle a contribué à la mise en place des CDD et CDÉ pour le CIUSSS NIM.

D^{re} Gougoux travaille aussi sur le territoire du CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal. Elle est CML pour le RLS de Rivière des Prairies, d'Anjou et de Montréal Est en plus de faire de la clinique au Centre ÉPIC (ICM) auprès de la clientèle qui consulte en prévention cardio-vasculaire et en réadaptation cardiaque.

DOCTEURE YEN NHI DANG

*Coordonnatrice médicale locale au RLS Saint-Léonard - Saint-Michel
CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal*

Diplômée en médecine familiale de l'Université de Sherbrooke en 1996, D^{re} Yen Nhi Dang a pratiqué dans la grande région métropolitaine de Montréal, en CLSC et en cabinet. Depuis cinq ans, elle pratique exclusivement en CLSC.

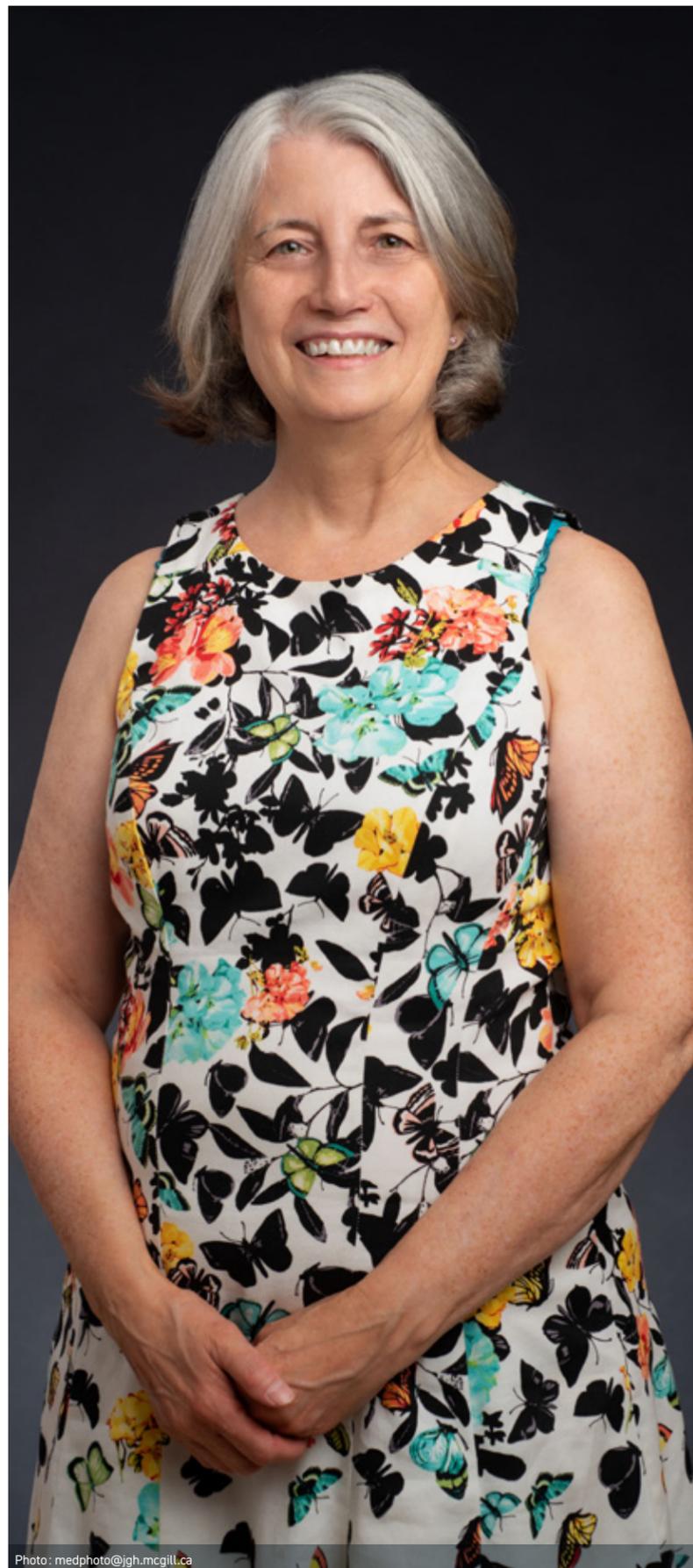
Jusqu'en 2016, elle était CML pour le secteur Saint-Michel. Depuis, elle assume cette fonction pour le RLS Saint-Léonard-Saint-Michel.

Elle participe à la supervision clinique des étudiants de la Faculté de médecine de l'université McGill. Elle est aussi responsable locale de formation médicale continue de l'Association des médecins de CLSC du Québec.

Dès la première vague de la pandémie de la COVID-19, elle a participé au soutien médical des CHSLD en difficulté du CIUSSS-ODIM.

Croyant à une première ligne forte offrant des soins axés sur le patient, elle valorise la collaboration et le soutien tant aux professionnels soignants qu'aux patients.





DOCTEURE
**GINETTE
CHAMPAGNE**

*Coordonnatrice médicale locale au RLS Nord-de-l'Île -
Saint-Laurent
CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal*

Diplômée en médecine familiale de l'Université de Sherbrooke en 1981, D^{re} Ginette Champagne a pratiqué au centre médical Fleury dans Ahuntsic et au département de médecine générale de l'Hôpital Fleury. Elle a participé au Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens, au comité de prévention des infections ainsi qu'au comité exécutif.

Sa pratique médicale en soins de longue durée débute en 1983, au CHSLD Saint-Joseph-de-Providence et elle se joint ensuite à l'équipe du CHSLD Notre-Dame-de-la-Merci. D^{re} Champagne s'est aussi investie dans la création d'une ressource d'hébergement spécialisée auprès des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, le Pavillon des Bâisseurs, où elle a pratiqué depuis sa fondation en 2003, et ce, jusqu'en 2012. En 2008, elle travaille au Centre d'urgence Salaberry jusqu'à sa fermeture en 2018.

Sur le plan de l'enseignement, elle supervise les stages de gériatrie des étudiants de l'Université de Montréal (UdeM) ainsi qu'en dispensant son savoir à l'unité de Formation clinique interprofessionnelle universitaire visant à former les jeunes médecins résidents en médecine familiale de l'UdeM à la pratique médicale en soins de longue durée depuis 2013.

D^{re} Ginette Champagne a de plus participé à la création du Guichet d'accès à la clientèle orpheline au sein du Centre de santé et de Services Sociaux de Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent, avec une équipe de personnel-cadres orientée vers le soutien à la première ligne qui, éventuellement, avec la création du Centre Intégré Universitaire de Santé et de Service Sociaux du Nord-de-l'Île-de-Montréal, fait équipe avec les Guichets d'accès au médecin de famille des réseaux locaux de service d'Ahuntsic-Montréal-Nord et Villeray-Petite-Patrie.

Photo: medphoto@jgh.mcgill.ca

DOCTEURE
**HANAA
ZAKARIA**

*Coordonnatrice médicale locale au RLS Nord-de-l'Île -
Saint-Laurent
CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal*

D^{re} Hanaa Zakaria occupe le poste de coordonnatrice médicale locale depuis 2015. Elle exerce à la clinique médicale Le Plein Ciel (GMF-R) à Saint-Laurent.



Photo: medphoto@jgh.mcgill.ca



DOCTEUR MICHEL MARLEAU

*Coordonnateur médical local au RLS Petite-Patrie - Villeray
CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal*

Originaire de Montréal, D^r Michel Marleau a complété son doctorat en médecine à l'Université Laval en 2005.

Il a débuté sa pratique dans les urgences, notamment à Sorel, Nicolet, Saint-Pamphile et Pohénégamook.

Déménageant à Gatineau en 2006, D^r Marleau a ensuite travaillé à la Coopérative Santé Aylmer et au Centre de réadaptation en déficience physique La RessourSe.

En 2011, il s'installe dans les Laurentides et poursuit sa carrière en tant que clinicien, et aussi président du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens au Centre de réadaptation en déficience physique Le Bouclier. Par la suite, il a travaillé à l'hospitalisation aux hôpitaux de Lachute, de Sainte-Agathe et de Saint-Eustache, en plus d'occuper la fonction de directeur des services professionnels au Centre de santé et de services sociaux d'Argenteuil.

De retour à Montréal en 2014, D^r Marleau travaille à l'Hôpital de réadaptation Villa Medica. En 2016, il fonde le Groupe de médecine de famille Jarry-Lajeunesse à la Polyclinique du Cœur-de-l'île.

DOCTEURE CHANTAL LEFEBVRE

*Coordonnatrice médicale locale au RLS Dorval -
Lachine - LaSalle
CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal*

D^{re} Chantal Lefebvre a terminé ses études doctorales en médecine à l'Université de Sherbrooke en 1986. Depuis, elle se consacre à la pratique de la médecine familiale.

Au début de sa carrière, en 1987, elle a contribué à mettre sur pied le département de gériatrie active de l'Hôpital de Lachine. Elle y est demeurée une quinzaine d'années, exerçant aux urgences et à l'hospitalisation. Parallèlement à ces fonctions, elle a siégé au Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens au sein du même établissement de 1988 à 2000. D^{re} Lefebvre a aussi travaillé durant une dizaine d'années au Centre d'accueil de Lachine.

En 1995, elle fonde une clinique médicale à Dorval qui deviendra l'un des trois sites affiliés du Groupe de médecine familiale (GMF) Dorval en 2008. Elle y exerce à titre de médecin coresponsable du GMF. En 1988, elle est nommée déléguée, puis conseillère à l'Association des médecins omnipraticiens de Montréal pour le secteur de Lakeshore. Cette même année, D^{re} Lefebvre siège aussi au conseil de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ), fonction qu'elle continue d'occuper depuis.





DOCTEURE
**MARIE-
FRANCE
GIRON**

*Chef de table locale et coordonnatrice médicale locale au RLS
Pierrefonds – Lac-Saint-Louis
CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal*

Diplômée en médecine de l'Université de Montréal en 1979, D^{re} Marie-France Giron a obtenu, en 2001, sa maîtrise en sciences appliquées de l'Université McGill.

En 1993 et 1994, elle a été secrétaire au Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens du CLSC du Lac-Saint-Louis, puis en a assumé la présidence de 1994 à 2004.

Par la suite, D^{re} Marie-France Giron a collaboré à la création de la clinique de transition du CLSC de Pierrefonds pour les patients sans médecin de famille ayant une maladie chronique.

Tout en se consacrant à la prise en charge dans le Groupe de médecine familiale Brunswick, elle s'occupe également de la clinique de transition du CLSC Pierrefonds, en plus de s'investir dans le domaine de la santé au travail, pour lequel elle conçoit et met en application des programmes de santé dans des entreprises. Avec la pandémie, elle fait aussi de la gestion des éclosions en milieu de travail.

D^{re} Giron est aussi assessseure médicale au Tribunal administratif du travail en ce qui a trait aux questions médicales dans les cas d'accident de travail ou de maladie professionnelle.

Nouveau module en ligne gratuit et accrédité

Offrir un soutien aux survivants du cancer dans le cadre de leur retour au travail

Médecins de famille, infirmières praticiennes et infirmiers praticiens et autres fournisseurs de soins primaires, découvrez ce cours en ligne gratuit et apprenez comment aider et soutenir les survivants du cancer en vue de leur retour au travail. Ce cours donne accès à des outils et de ressources pratiques ainsi qu'à un crédit de formation accrédité avec Mainpro+.

Saviez-vous :

- ▶ Des études montrent que 63,5% des survivants du cancer retournent au travail; mais qu'un sur cinq est susceptible d'éprouver des problèmes de santé liés au cancer affectant sa capacité de travail. Découvrez comment le rôle des soins primaires peut répondre aux répercussions du cancer et du traitement sur la capacité d'un survivant à travailler et à soutenir un retour au travail en douceur à l'aide d'outils et de ressources pratiques.

Veillez suivre ce cours et faites-nous part de vos commentaires afin d'augmenter son utilité pour mieux répondre à vos besoins.

Mention de reconnaissance

L'élaboration du contenu de ce cours a été dirigée par Maureen Parkinson, MEd, CCRC – conseillère en réadaptation professionnelle, BC Cancer et Christine Maheu, infirmière., Ph. D. – professeure associée, École des sciences infirmières Ingram de l'Université McGill dans le cadre de leur collaboration sur le projet Cancer et travail. La conception du cours a été dirigée par le Département du Développement de la Formation Continue de l'Université de la Colombie-Britannique. La production de ce cours a été rendue possible grâce à la collaboration et au soutien financier du Partenariat canadien contre le cancer et de Santé Canada. Les opinions exprimées ici ne représentent pas nécessairement les opinions de Santé Canada ou du Partenariat canadien contre le cancer.

Pour en savoir davantage et s'inscrire : ubccpd.ca.



Le Dr Gilles de Margerie se prépare à accueillir les réfugiés ukrainiens



Dr Gilles de Margerie, coordonnateur de la Clinique des demandeurs d'asile et réfugiés de Montréal et médecin conseil pour le programme Une passerelle vers un avenir en santé.
Photo: A. Casavant

Au moment d'écrire ces lignes, Dr Gilles de Margerie, coordonnateur de la Clinique des demandeurs d'asile et réfugiés de Montréal et médecin conseil pour le programme Une passerelle vers un avenir en santé, s'active en vue de recevoir et de soigner les réfugiés ukrainiens dont le pays est ravagé par la guerre. Le principal intéressé, qui travaille depuis plus de 18 ans auprès des demandeurs d'asile et réfugiés, a une très bonne idée de ce qui l'attend. Il était au front au moment de l'arrivée des réfugiés syriens à Montréal en 2015.

Quel sera l'état d'esprit des patients qui seront accueillis, et quels seront les types de soins prodigués ?

Les événements qui sont survenus en Ukraine sont récents. On s'attend à ce que les gens soient bouleversés, souffrent de stress aigu, et ce, encore pour plusieurs semaines après leur arrivée ici. Ils ont été témoins d'événements extrêmement traumatisants. Et les enjeux de santé mentale peuvent ne pas être uniquement liés à la guerre. Parmi les Ukrainiens que nous soignerons, certains avaient déjà, avant le déclenchement du conflit, des vulnérabilités concernant leur santé mentale. Elles le seront davantage avec la guerre. Il faudra donc être attentif au développement d'états de stress post-traumatiques, mais aussi à la dépression majeure et aux troubles anxieux.

En ce qui concerne la santé physique, on devra porter une attention particulière aux traitements médicaux interrompus et bien sûr aux blessures physiques de la guerre. Il faut aussi se souvenir que nous sommes toujours en pandémie de la COVID-19 et qu'en Ukraine le taux de double vaccination n'est qu'à environ 34 %.

Quels sont les autres aspects en particulier auxquels vous devez vous attarder ?

Plusieurs personnes étaient sous traitement pour toutes sortes de maladies chroniques ou cancers. En fuyant leur pays, ces traitements ont dû être interrompus, car les gens ne pensent pas nécessairement fuir avec leurs médicaments. Et dans les pays de transit, il n'y a pas de garanties qu'il y a eu continuité des soins.

Il y a aussi le problème des maladies infectieuses dont les traitements ont pu également être arrêtés. L'Ukraine est un pays où le taux de tuberculose est élevé et dont la multirésistance aux antibiotiques est connue. Il va falloir que l'on soit attentif aux gens qui manifesteraient des symptômes respiratoires; il faut bien sûr penser à la COVID-19, mais aussi potentiellement à la tuberculose.

Il nous faudra aussi être conscients qu'au niveau pédiatrique, les taux de vaccination en Ukraine sont sous-optimaux pour plusieurs maladies, dont la rougeole. Il faudra penser prévention et mettre à jour les vaccins chez les enfants et les adultes, et être vigilant aux cas suspects.

Au-delà de l'aspect clinique, est-ce qu'il y a d'autres défis que vous envisagez ?

L'évaluation médicale est souvent teintée par un manque d'information médicale. Peu d'Ukrainiens arriveront avec leur dossier médical. On peut donc avoir l'impression de repartir à zéro. On doit parfois agir sur une impression diagnostique avant de pouvoir refaire tous les tests pour le confirmer. Ceci peut compliquer les décisions de nos spécialistes qui doivent, par exemple, reprendre le traitement d'un cancer sans les données pathologiques de l'Ukraine.

Il y a aussi la «prescription» de médicaments avec laquelle il faudra faire attention. Avec l'arrivée des réfugiés syriens, on a travaillé de pair avec les pharmaciens qui ont pu nous aider à trouver les médicaments, car souvent les personnes ne se souviennent que du nom commercial de ceux-ci, et Google n'a pas réponse à tout. Les pharmaciens ont les outils nécessaires pour trouver les bons noms des médicaments dans leur équivalent québécois. ▶



Photo prise à la gare de Lviv où des réfugiés ukrainiens, dont plusieurs enfants, attendent le train pour quitter leur pays.
Photo: Adobe Stock

En fait, un des défis importants sera de s'adapter au débit des arrivées. Si on assiste à l'arrivée de 5 à 10 réfugiés ukrainiens par semaine au Québec, le défi sera tout autre que l'arrivée en même temps de trois avions avec 300 réfugiés à bord. Avec les réfugiés syriens, on avait instauré tout un système de triage dans un centre spécialisé et ça s'était très bien déroulé. En ce moment, nous ne nous attendons pas à un scénario semblable, mais nous devons planifier pour parer à toutes les éventualités. L'efficacité d'une prise en charge lorsque quelqu'un arrive de l'étranger est potentiellement limitée par le chaînon le plus faible.

La barrière de la langue représente-t-elle un défi majeur ?

La barrière linguistique est toujours un défi. Avec tout allophone, on peut avoir le réflexe de vouloir se satisfaire d'un membre de la famille ou un ami pour traduire en consultation. Or, il est bien reconnu que ceci est une mauvaise pratique. Ce genre d'interprétariat ne permet au patient de s'exprimer librement et en toute confiance. Il faut que l'on s'assure que les médecins et les autres professionnels de la santé (p. ex., infirmières, infirmières praticiennes spécialisées, travailleurs sociaux) sont accompagnés d'interprètes. À notre clinique, on a toujours accès à des interprètes professionnels, mais

je suis conscient que ce n'est pas le cas dans la majorité des cliniques ou hôpitaux. Ceci est malheureux et dépend surtout d'une volonté administrative. Pour les Ukrainiens nous tentons actuellement de pallier à ceci avec une banque informelle de professionnels parlant ukrainien ou russe.

Depuis presque 20 ans, vous travaillez auprès des réfugiés. Quel est votre constat ?

Je vois des gens extrêmement résilients et forts, qui ont pu, malgré ce qu'ils ont vécu dans le passé, se débrouiller pour arriver au Canada, au Québec. Des gens qui sont prêts à lutter malgré tout. Pour moi, c'est une nouvelle victoire chaque fois. Je ne sais pas si le mot miracle est le bon mot, mais c'est excessivement impressionnant de voir chez mes patients cette force et cette volonté de surmonter les traumatismes vécus et de reconstruire leur vie. Je ne doute pas que les Ukrainiens nous montrent la même chose.

Les Guichets d'accès de première ligne orienteront le patient vers la ressource appropriée

Le grand défi de l'accès aux soins en temps opportun exprime un besoin légitime de la population montréalaise et une responsabilité du réseau de la santé que nous incarnons tous.

Basé sur un projet pilote du Bas-Saint-Laurent où la demande de consultation d'un citoyen non inscrit a été traitée pour en déterminer la pertinence et ainsi orienter le demandeur vers la ressource appropriée, il a été constaté qu'environ 50% des demandes de consultations médicales ont pu être traitées par un autre professionnel comme un pharmacien, un travailleur social, une infirmière, etc.

Fort de ce constat qui devra se moduler à la réalité montréalaise, le déploiement des Guichets d'accès de première ligne (GAP) dans nos cinq CIUSSS visera progressivement à ajouter un filtre de pertinence aux demandes de consultations de la population montréalaise orpheline. Cela devrait permettre de transférer la pression d'une partie significative des demandes de consultations vers d'autres professionnels. Parallèlement à cette initiative, des plages de consultations médicales doivent être dégagées

dans le réseau de nos groupes de médecine familiale (GMF) et nos groupes de médecine familiale réseau (GMF-R) pour recevoir la clientèle que les GAP orienteront vers un médecin.

Les mesures de soutien à la pratique médicale des GMF et des GMF-R qui offriront des plages pour ces consultations visent à permettre l'embauche de personnel de soutien comme des secrétaires, des préposés ou des infirmières pour aider l'équipe médicale à offrir des soins à cette clientèle orpheline.

Je vous invite à ouvrir une discussion avec vos collègues, le médecin responsable du GMF et les administrateurs de vos milieux GMF pour explorer la contribution que vous pouvez apporter à ces patients orphelins afin de donner un accès équitable à l'ensemble de la population inscrite et non inscrite à un médecin de famille.

D^r François Loubert
Chef du DRMG de Montréal



Photo: Pexels

Accompagnement proposé aux GMF intéressés à améliorer l'accès adapté

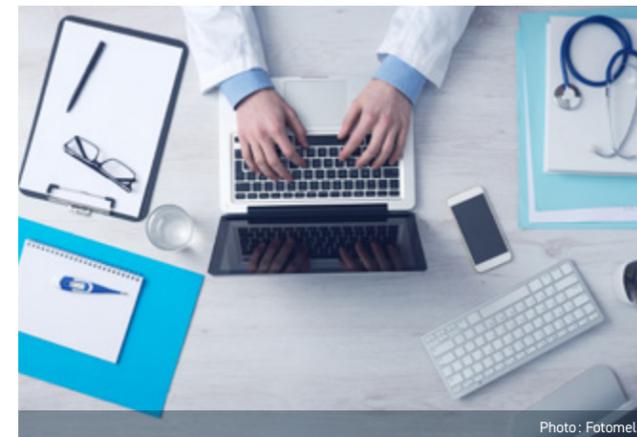


Photo: Fotomelia

Le DRMG de Montréal et la DRASMPL, en collaboration avec Mylaine Breton, titulaire de la Chaire de recherche du Canada en gouvernance clinique des services de première ligne affiliée à l'Université de Sherbrooke, souhaitent proposer une solution phare permettant de maximiser la réponse médicale à la demande de soins en temps opportun avec l'Accès adapté (AA) comme mécanisme, et ce, dans le contexte d'un projet pancanadien appuyé par le MSSS et les IRSC.

Vous souhaitez participer à l'Accès adapté ?

Vous bénéficierez d'un accompagnement de 18 mois par une équipe de professionnels et d'un formateur en amélioration continue de la qualité.

Un portrait et une analyse de la situation de votre GMF seront effectués ayant pour base l'étude de vos indicateurs à partir des DMÉ, d'un outil réflexif sur l'Accès adapté (ORAA), ainsi qu'un questionnaire patient sur l'accès.

À la suite d'une rencontre entre professionnels de la clinique et le formateur, un choix collectif de projet d'amélioration sera fait. Des cycles «PDSA» d'amélioration seront entrepris et suivis par un comité formé de professionnels de la clinique. Cela représente

deux à sept heures d'implication par professionnel annuellement.

Ce que cela implique :

- ▶ Accompagnement personnalisé par un formateur
- ▶ Rapport d'indicateurs hebdomadaires
- ▶ Outils et stratégies validés
- ▶ Rapport de l'expérience perçue de vos patients
- ▶ Formations offertes sur l'AA aux adjointes administratives et aux agents administratifs
- ▶ Crédits de formation continue

Les bénéfices attendus :

- ▶ Augmenter l'accessibilité aux soins pour la population inscrite à votre GMF en temps opportun selon la pertinence clinique
- ▶ Réduire le délai d'attente pour un rendez-vous
- ▶ Diminuer le taux de consultation des patients dans une clinique autre que celle à laquelle ils sont inscrits
- ▶ Réduire le recours à la consultation sans rendez-vous
- ▶ Optimiser les plages de service populationnel
- ▶ Optimiser la collaboration interdisciplinaire des professionnels de la santé de votre clinique

Pour manifester votre intérêt d'ici le 3 juin 2022, communiquez avec :

Ryma Zebar
chargée de projets, Direction régionale de l'accès aux services médicaux de première ligne du DRMG de Montréal
ryma.zebar.ccomtl@ssss.gouv.qc.ca

Invitation aux GMF pour participer à un projet-pilote CoMPAS+ MPOC

Le DRMG de Montréal lance un appel d'intérêt aux GMF pour les inviter à participer à des projets-pilotes CoMPAS+ dès l'automne 2022. En préparation à la mise à l'échelle de CoMPAS+ sur le thème de la MPOC, ces projets sont proposés par le MSSS en partenariat avec l'INESSS.

Le programme CoMPAS+ favorise l'adoption d'une culture d'amélioration continue des services de prévention et de gestion des maladies chroniques ainsi que des problématiques sociales et de santé complexes. À cet égard, le programme contribue à réduire le fardeau des maladies chroniques en permettant de s'attaquer aux défis de coordination, de continuité et de pertinence clinique des soins et des services de première ligne.

Pourquoi les MPOC?:

- ▶ Le fardeau des MPOC sur la santé de la population représente un enjeu prioritaire.
- ▶ Mettre au point des solutions efficaces, réalisables et testées qui produiront des effets concrets et durables.

- ▶ Dans un but stratégique et réaliste, viser une pathologie en particulier facilite la mise à l'échelle provinciale autour d'une seule thématique.

Bénéfices de la participation aux projets-pilotes:

- ▶ Au-delà du soutien offert par l'INESSS (formation, accompagnement, outils, etc.), le MSSS examinera avec les milieux participants comment il pourra appuyer le projet par l'ajout d'une ressource (ou une compensation financière pour libération).
- ▶ La forme (RH, \$) et la nature (gestion de projet, ACQ, etc.) seront déterminées avec le milieu même.
- ▶ Voilà une occasion visant à améliorer la gestion de la MPOC, tout en tenant compte de la réalité et des besoins du milieu.
- ▶ Les acteurs locaux et régionaux concernés dans la coordination des projets-pilotes auront une influence importante sur la forme et les contenus de CoMPAS+ à l'échelle provinciale. ▶



Photo: Pixabay

Déroulement:

- ▶ Ateliers offerts aux professionnels de la santé (médecins, infirmiers, pharmaciens communautaires et autres professionnels) de deux GMF à Montréal sur une période de 18 mois
- ▶ Mobilisation constante des équipes avec des plans d'action complets
- ▶ Présentation des principes de l'ACQ et des cycles PDSA
- ▶ Présentation des indicateurs à partir des renseignements disponibles dans les banques de données clinico-administratives:
 - Profil des patients
 - Profil de prescription de médicaments
 - Profil de consommation des soins et services

▶ Réflexion critique:

- Analyse des données et interprétation en fonction du contexte local
- Atelier en équipe pour l'identification et la priorisation des enjeux sur lesquels intervenir

▶ Planification de l'action:

- Élaboration des projets d'ACQ locaux réalisables par les professionnels avec le soutien de l'organisation

Pour manifester votre intérêt d'ici le 3 juin 2022, communiquez avec:

Ryma Zebar

chargée de projets,
Direction régionale de l'accès aux services médicaux de première ligne du DRMG de Montréal
ryma.zebar.ccomtl@ssss.gouv.qc.ca

Merci D^r Daniel Murphy

Le DRMG de Montréal remercie le D^r Daniel Brendon Murphy pour son travail exemplaire comme coordonnateur médical local (CML) au RLS Faubourgs - Plateau-Mont-Royal - St-Louis-du-Parc du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal. Occupant ce poste depuis 2016, D^r Murphy cède sa place au D^r Louis-Xavier D'Aoust afin de se concentrer sur son mandat de Chef de médecine générale au même CIUSSS. « Je remercie D^r Murphy pour son travail et son dévouement au sein de notre réseau de santé. Sa participation, entre autres, dans le développement du CRDS, a contribué à faire avancer ce projet novateur à Montréal et à surmonter les nombreux défis et irritants quotidiens avec lesquels nous devons composer », a déclaré D^r François Loubert, chef du DRMG de Montréal. D^{re} Emmanuelle Huchet, également co-coordinatrice médicale du Réseau local de services Jeanne-Mance depuis 2016, continuera d'assumer ses fonctions.



Photo: medphoto@jgh.mcgill.ca

Du nouveau en 2022

Les guichets d'accès aux services de première ligne (GAP) pour la population sans médecin de famille arrivent!

Pour faciliter l'accès aux services de première ligne pour les citoyens qui ne sont pas inscrits auprès d'un médecin de famille, des GAP seront mis en place cette année dans toutes les régions du Québec.

À Montréal, les CIUSSS travaillent actuellement au déploiement des GAP (un par CIUSSS) pour répondre aux besoins de la population, tout en tenant compte des particularités de chaque territoire. Certains services seront offerts d'ici le 1^{er} juin. L'ensemble du déploiement sera complété le 1^{er} septembre.

Le département régional de médecine générale de Montréal (DRMG) et la direction régionale de l'accès aux services médicaux de première ligne (DRASML) participent aux travaux et coordonnent le volet régional.

Les GAP analyseront les besoins pour orienter adéquatement et, ainsi, faciliter

l'accès aux services de première ligne pour les citoyens qui n'ont pas de médecin de famille (*patients orphelins*), qu'ils soient en attente ou non au Guichet d'accès pour un médecin de famille (GAMF). Les demandes seront prises en charge par le GAP du territoire de résidence du patient. Une infirmière du guichet d'accès analysera le besoin du patient pour ensuite l'orienter vers le service le plus approprié selon les ressources disponibles.

Les partenaires de première ligne seront mis à contribution pour répondre aux différents besoins: les pharmaciens communautaires, les programmes des CIUSSS (p. ex., santé mentale, programme de gestion des maladies chroniques, etc.), les organismes communautaires, les GMF, les CLSC, les cliniques médicales, etc.

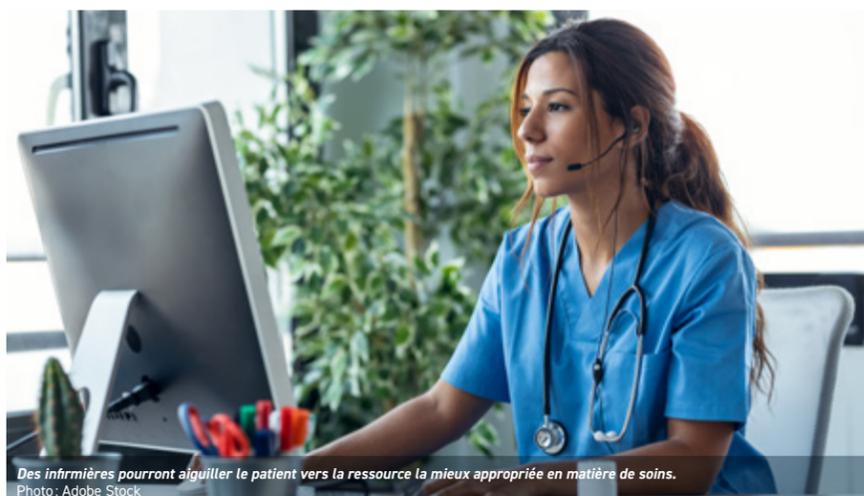
Pour les médecins de famille, la participation à l'offre de service du GAP se fera sur une base volontaire. Les GMF et les autres cliniques seront sollicitées pour

dédier des plages horaires aux patients orphelins référés par le GAP. Ces plages horaires seront utilisées pour des RDV médicaux ponctuels et non pour une prise en charge à long terme. Un GMF désirant participer pourra se prévaloir de la mesure 4 (programme GMF). Des renseignements complémentaires concernant les modalités de collaboration vous seront transmis ultérieurement.

Puisque certains patients orphelins auront besoin d'une prise en charge temporaire ou auront des besoins plus complexes, des cliniques de transition seront déployées sur chaque territoire. Composées d'IPSP, d'infirmières cliniciennes et de travailleurs sociaux, ces équipes interdisciplinaires auront comme mandat d'offrir des services transitoires pour répondre aux besoins de santé complexes ou chroniques, en attendant la prise en charge par un médecin de famille.

Le DRMG encourage les médecins qui en ont la capacité à collaborer à ce projet ayant comme objectif d'améliorer l'accès aux services de première ligne pour la population sans médecin de famille. Pour toute question concernant les services et l'avancement des travaux sur votre territoire, veuillez communiquer avec le chef de table locale de votre secteur.

D^{re} Stéphanie Gougoux
*Chef de table locale et coordonnatrice locale au RLS Ahuntsic – Montréal-Nord
 Coordonnatrice médicale locale au RLS Rivière-des-Prairies – Montréal Est*



Des infirmières pourront aiguiller le patient vers la ressource la mieux appropriée en matière de soins.
 Photo: Adobe Stock

La pandémie a affecté psychologiquement les médecins, indique le PAMQ



Les médecins de famille n'ont pas échappé à cette vague de détresse provoquée par la pandémie.
 Photo: Adobe Stock

L'an dernier, quelque 2 000 professionnels de la santé ont fait appel au Programme d'aide aux médecins du Québec (PAMQ) afin d'obtenir le soutien nécessaire pour faire face à une situation difficile. Nous le savons tous, la pandémie de COVID-19 a eu des répercussions importantes sur l'ensemble du personnel de la santé, ce qui s'est entre autres traduit par une hausse notable du nombre de demandes d'aide traitées par les médecins-conseils du PAMQ. Les médecins de famille n'ont pas échappé à cette vague. Toute proportion gardée, ils ont été plus nombreux à s'adresser au PAMQ.

La question se pose: qu'est-ce qui amène un médecin de famille à se tourner vers le PAMQ? Quel type de soutien les médecins-conseils sont-ils en mesure d'offrir? Surtout, dans quelle mesure la pandémie est-elle venue changer la donne? Tour d'horizon avec D^{re} Marie-Chantale Brien, directrice de l'intervention, de la prévention et de la recherche au PAMQ.



*Dr^e Marie-Chantale Brien, directrice de l'intervention, de la prévention et de la recherche au Programme d'aide aux médecins du Québec.
Photo : Courtoisie PAMQ*

Au cours de la pandémie, quels ont été les facteurs ayant contribué à une plus grande vulnérabilité chez les médecins de famille ?

Il est vrai que les médecins de famille constituent le segment de la profession médicale qui a le plus souvent fait appel à nos services au cours de la pandémie, comme l'indique notre plus récent rapport annuel. Plusieurs facteurs peuvent expliquer une telle situation. On peut penser à la surcharge de travail, aux pressions incessantes du milieu afin de contribuer aux efforts pour contrer la pandémie, aux craintes de contracter la maladie, aux listes d'attente de plus en plus longues, au sentiment d'impuissance devant l'incapacité de maintenir le service auprès de patients qu'on suit depuis longtemps ainsi qu'aux problèmes personnels ou familiaux qui ont pu survenir selon le contexte propre à chaque individu. Je me base ici sur les observations de nos médecins-conseils auprès des gens qui font appel à nos services.

A-t-on été en mesure d'évaluer l'incidence de ces facteurs du point de vue de la santé mentale des médecins et du taux d'absentéisme ?

Nos médecins-conseils ont constaté une plus grande complexité des situations portées à leur attention depuis le début de la pandémie. Le plus souvent, il s'agit d'une combinaison de plusieurs facteurs, ce qui demande une approche personnalisée à plusieurs volets avec un suivi sur une plus longue période. Dans certains cas, cela nous amène également à orienter nos clients vers des ressources qui ont les compétences pour traiter un aspect en particulier, comme un psychologue, un médiateur ou encore un conseiller financier.

Cela dit, nous ne sommes pas en mesure de commenter en ce qui concerne le taux d'absentéisme et les raisons qui y sont associées, lesquelles peuvent être multiples et pas uniquement liées à la pandémie. Cependant, selon les témoignages de nos clients, nous observons une lassitude de plus en plus fréquente. Ils sont de plus en plus nombreux à songer à une retraite anticipée, à un allègement de leur charge de travail en délaissant une partie de leur clientèle, ou encore à un changement professionnel, en demeurant dans le domaine médical ou en passant carrément à autre chose.

Selon vous, est-ce qu'il y aurait plus de médecins en situation de vulnérabilité que ceux qui font appel à vos services ?

Difficile à dire avec certitude. Les médecins peuvent aussi faire appel à d'autres intervenants. Toutefois, connaissant la culture qui prévaut au sein de la profession, il pourrait être logique de penser qu'il y a un écart entre le nombre de médecins en situation de vulnérabilité et ceux qui font appel à nos services ou à tout autre service en relation d'aide. La première préoccupation d'un professionnel de la santé en détresse sera de faire en sorte que personne ne s'en rende compte. C'est le propre du métier que nous exerçons, il faut toujours montrer que nous sommes en pleine possession de nos moyens. Devant l'évidence d'un surmenage, d'un épuisement ou autre, nous avons d'abord et avant tout le réflexe d'adopter une attitude de superhéros, malgré un équilibre précaire.

Et le réflexe est tenace. Si la propension à revêtir un masque tend à se résorber, il reste que les tabous à afficher une certaine vulnérabilité ou à l'égard de la démarche pour demander de l'aide demeurent présents.

Comment peut-on remédier à une telle situation et faire en sorte que les personnes qui ont besoin d'aide arrivent à en faire part ?

C'est exactement ce que nous cherchons à faire au PAMQ. Par nos communications, nous faisons valoir qu'il n'y a pas de motif futile pour nous appeler. Le seul fait de ressentir le besoin de parler de sa situation à quelqu'un constitue une raison valable pour passer à l'action. D'autant plus que le PAMQ offre aux médecins la possibilité d'être écoutés et accompagnés par des pairs, des médecins-conseils qui comprennent vraiment leur situation, sans porter de jugement, en toute confidentialité. Ça reste vraiment entre nous, sans crainte d'être stigmatisés. En fait, les efforts de sensibilisation aux différents enjeux de santé mentale demeurent essentiels, de concert avec notre travail pour traiter les demandes d'aide que nous recevons. Il nous faut agir en amont pour prévenir les situations de détresse chez les médecins. Et lorsqu'elles surviennent, faire en sorte qu'ils consultent.

Comme nos services sont sans frais et accessibles 365 jours par année, avec une réponse initiale dans un délai de 24 heures ouvrables, il n'y a vraiment aucune raison de ne pas faire appel au PAMQ lorsqu'on en ressent le besoin.



*L'après-pandémie sera l'occasion d'accorder plus de place aux notions de bienveillance et de collégialité au sein des professionnels de la santé.
Photo : Courtoisie PAMQ*

Quand on parle de soutien-conseil individuel, comment cela se passe-t-il en réalité ?

Le tout commence généralement par un entretien entre le client et le médecin-conseil, lequel fait preuve d'une écoute authentique, avec ouverture et sans jugement. Selon le cas, ce dernier pourra fournir des outils, des conseils, des trucs, ou autres, ou encore faire ce qu'on appelle de la psychoéducation. Son accompagnement visera surtout à favoriser l'autodétermination du client vers un cheminement de rétablissement. L'approche s'appuie sur le principe que le client se mobilise et fait des choix qui seront respectés par le médecin-conseil, lequel veillera à faciliter son cheminement.

Quand on pense au PAMQ, on a surtout tendance à faire référence à un accompagnement individuel, pourtant vous offrez plus que cela.

Vous avez entièrement raison. Il est vrai que le soutien-conseil sur une base individuelle représente la majeure partie de nos interventions. Nos médecins-conseils demeurent toutefois actifs sur d'autres plans. Ils sont parfois appelés à conseiller une personne souhaitant venir en aide à un médecin, proche ou collègue, et à la soutenir dans cette démarche.

Nous avons également mis au point un programme d'interventions de groupe en milieu de travail, notamment dans le cas d'une situation de crise qui met en péril le fonctionnement d'une équipe. Par exemple, dans le cas du suicide d'un collègue, nous avons développé une approche dite de « postvention » selon un protocole basé sur les premiers secours psychologiques, et ce, afin de soutenir les membres de l'équipe et favoriser un retour à un fonctionnement optimal.

Nous pouvons également agir sur le plan de la prévention, entre autres en aidant à la mise sur pied de groupes de soutien entre pairs. À cet effet, nous avons créé une trousse de démarrage qui comprend un guide d'accompagnement, une vidéo et une foire aux questions. Par ailleurs, selon le cas, nous offrons aux médecins, résidents et étudiants en médecine des formations, des conférences ou des ateliers sur différents thèmes associés à la santé et au mieux-être des médecins. S'y ajoutent des outils mis à la disposition de notre clientèle sur notre site web, comme le Baromètre de la santé psychologique et des capsules sur différents motifs de consultation.

Finale­ment, nous sommes présents lorsqu'il s'agit de participer avec d'autres instances à un processus de réflexion et de faire part de notre expérience et de nos connaissances en ce qui concerne la culture médicale, du début du parcours des médecins jusqu'à la réalité de la pratique.

De quelle façon des médecins peuvent-ils s'entraider lorsqu'ils doivent faire face à des situations difficiles ?

L'entraide entre collègues peut prendre place de différentes façons. Cela peut se faire selon une approche plus formelle, comme la mise sur pied d'un groupe de soutien entre pairs avec la trousse de démarrage offerte par le PAMQ, comme mentionné ci-dessus. On peut également agir de manière informelle, en étant à l'écoute de ce qui se passe au sein de son milieu de travail et en repérant si un collègue en difficulté pourrait avoir besoin d'aide. À cet égard, il peut s'avérer utile de communiquer avec le PAMQ pour obtenir des conseils sur la façon d'approcher le collègue en question, cela fait partie intégrante des services que nous offrons. Il peut également être utile de consulter le document Comment approcher un collègue accessible sur notre site web.

« Le seul fait de ressentir le besoin de parler de sa situation à quelqu'un constitue une raison valable pour passer à l'action. »

- D^{re} Marie-Chantale Brien

Comment doit-on envisager un retour vers une pratique normale après l'essoufflement que la pandémie a occasionné ?

À mon avis, il est plus juste de parler d'une nouvelle normalité. La pandémie aura laissé des traces permanentes en ce sens qu'elle a suscité une profonde remise en question à l'égard de certains enjeux qu'on ne pourra plus ignorer. Je pense entre autres aux conditions de travail et d'études, à la délégation de certaines tâches, au processus de priorisation et à la télé­médecine. Ce sera sans doute le moment d'accorder plus de place aux notions de bienveillance et de collégialité au sein des équipes éprouvées par la pandémie et qui sont en reconstruction.

Est-ce pour cela qu'on dit que les médecins de famille doivent faire preuve de résilience face à la pandémie ?

Oui, la résilience peut s'avérer utile pour traverser une période difficile. En fait, il ne faut pas la voir comme une recette miracle, mais comme une forme d'entraînement qui nous amène à acquérir



La pandémie a suscité une profonde remise en question à l'égard de certains enjeux, dont ceux des conditions de travail et d'études, selon la PAMQ.
Photo: Pixabay

la capacité de retrouver son équilibre lorsque l'adversité frappe et déstabilise. D'ailleurs, avec la collaboration de Rachel Thibeault, experte en résilience, nous offrons l'accès à une série de webinaires qui présentent des outils qui, une fois intégrés, permettent de mieux faire face aux épreuves de l'existence. Cela dit, il ne faut aucunement voir la résilience individuelle comme une solution à des problèmes systémiques, une résilience organisationnelle doit émerger davantage.

En définitive, quelles leçons devons-nous tirer de la pandémie en ce qui concerne la santé mentale des médecins de famille ?

La pandémie a tout simplement contribué à confirmer ce que nous savions déjà. Pour un médecin, il est essentiel d'échanger et de faire part de sa situation lorsqu'il se retrouve en situation de vulnérabilité, que ce soit à un proche, à un collègue ou au PAMQ. Il faut surtout ne pas demeurer dans l'isolement. Comme tout autre professionnel, le médecin a droit à la vulnérabilité, et c'est tout à fait légitime de se préoccuper de sa santé psychologique afin de demeurer pleinement fonctionnel au travail, dans le but d'offrir de meilleurs soins pour les patients.

Souvent, il suffit de choses simples pour maintenir son équilibre. Certains diront de prendre le temps de s'arrêter et de s'émerveiller devant la beauté de ce qui s'offre à notre regard: un paysage, une œuvre d'art, le sourire d'un enfant. Comme le souligne Rachel Thibeault, il est important de « mettre du beau, du bon et du bien autour de soi ». Donner autant de place à l'autocompassion qu'à la compassion manifestée naturellement à l'égard de ses patients, question de se faire du bien à soi-même.

PAMQ: pamq.org

Bien saisir les enjeux de la refonte de la gestion des AMP

Les plus perspicaces d'entre vous aurez remarqué que le DRMG de Montréal a procédé à une refonte de sa gestion des AMP depuis le 1^{er} février 2022. Pour comprendre le raisonnement qui sous-tend cette décision, il est impératif de bien saisir certains éléments et le contexte qui l'ont motivée.



L'objectif des AMP est d'assurer une accessibilité aux services médicaux offerts dans certains secteurs jugés prioritaires.
Photo: Adobe Stock

Les AMP - lettre d'entente 51

Tout d'abord, on doit garder en tête que les AMP visent à assurer une accessibilité aux services médicaux offerts dans certains secteurs jugés prioritaires en prévenant les bris de service dans certains milieux cliniques tout aussi prioritaires. L'exemple classique est la salle d'urgence d'un établissement de courte durée.

D'aucuns diront que toutes les activités cliniques des médecins de famille du Québec, à quelques exceptions près, sont des activités prioritaires. Au sens large, c'est vrai. Mais au terme de l'esprit de l'entente sur les AMP, celles-ci sont les activités ciblées par le DRMG d'une région comme étant des priorités prioritaires (pour ne pas citer un ancien premier ministre), c'est-à-dire des activités où la couverture est plus fragile et à risque de bris de service qui pourrait causer un préjudice à court terme à la population. L'exemple du millier de lits orphelins en CHSLD de la métropole, il y a quelques années, en est un parmi tant d'autres. Le DRMG ne se positionne pas ici pour ou contre les AMP, mais doit s'assurer que l'entente soit appliquée en respectant l'esprit de l'entente dont elles sont issues (EP51), en s'assurant de protéger les milieux de soins plus fragiles en termes d'effectifs médicaux.

Elle stipule que tout médecin participant au régime public doit y adhérer, en pratiquant 12 heures par semaine, 44 semaines par année, dans certains des secteurs prioritaires susmentionnés, pour une durée de 15 ans.

La durée de l'engagement à l'entente AMP est de deux ans. À ce terme, le médecin peut soit reconduire son AMP, soit demander un changement de catégorie d'AMP. Un médecin désirant changer son AMP en cours d'engagement devra fournir une preuve écrite du chef de service où était effectuée cette AMP que cette modification n'entraîne pas, à court ou moyen terme, de bris de service dans le secteur délaissé.

Une île, une région

La réalité de Montréal est que les différents RLS de l'île ont des réalités cliniques qui leur sont propres, et qui nécessitent donc qu'on adapte les activités prioritaires en fonction des spécificités locales. De la même façon, la répartition et le recrutement des nouveaux facturants (PREM), tient compte des réalités de chacun des RLS, et la sélection finale des candidats se fait en tenant compte de l'adéquation entre les intérêts de pratique des médecins et les besoins cliniques des territoires.

Venons-en aux faits

Essentiellement, les changements au niveau de l'administration de la gestion des AMP se déclinent ainsi :

- ▶ Les AMP sont rendues disponibles par territoire, c'est-à-dire que chaque RLS a un panier d'AMP disponibles qui lui est propre. Le choix de la disponibilité de ces AMP repose sur les besoins prioritaires annoncés aux candidats durant les mois précédents le processus d'application aux PREM.
- ▶ Les AMP disponibles peuvent l'être de façon limitée ou illimitée, selon les besoins d'un territoire. Par exemple, si une urgence est en déficit d'un seul médecin à temps plein, il y aura 2x6h d'AMP d'urgence disponibles pour cette installation.
- ▶ Les AMP d'un détenteur d'avis de conformité doivent s'effectuer, en principe, dans le RLS où il effectue 55% de ses journées facturées. Par ailleurs, avec l'accord du chef de table locale de son RLS, un médecin pourrait se voir accorder ses AMP dans un autre territoire de l'île. Évidemment, les médecins détenant un avis de conformité émis pour toute la région de Montréal gardent la possibilité de faire leurs AMP dans n'importe quel des 12 RLS.
- ▶ L'AMP de prise en charge de 500 patients (dont 250 provenant du GAMF ou d'un transfert en bloc d'un médecin quittant la pratique) redevient disponible, à hauteur variable, selon les différents RLS.

La gestion des AMP comporte des choix parfois difficiles, mais elle vise à s'assurer que la population reçoive des soins dans les secteurs où la continuité des services est cruciale. Le succès de cette gestion repose sur le partage le plus équitable possible des responsabilités qui nous incombent comme médecin. Nous pouvons également vous assurer par le biais de paramètres bien définis, qu'une approche collégiale est privilégiée par le DRMG.

D^{re} Ariane Murray

*Chef de table locale et coordonnatrice médicale locale
au RLS Verdun – Côte-St-Paul – Saint-Henri – Pointe-St-Charles
CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal*

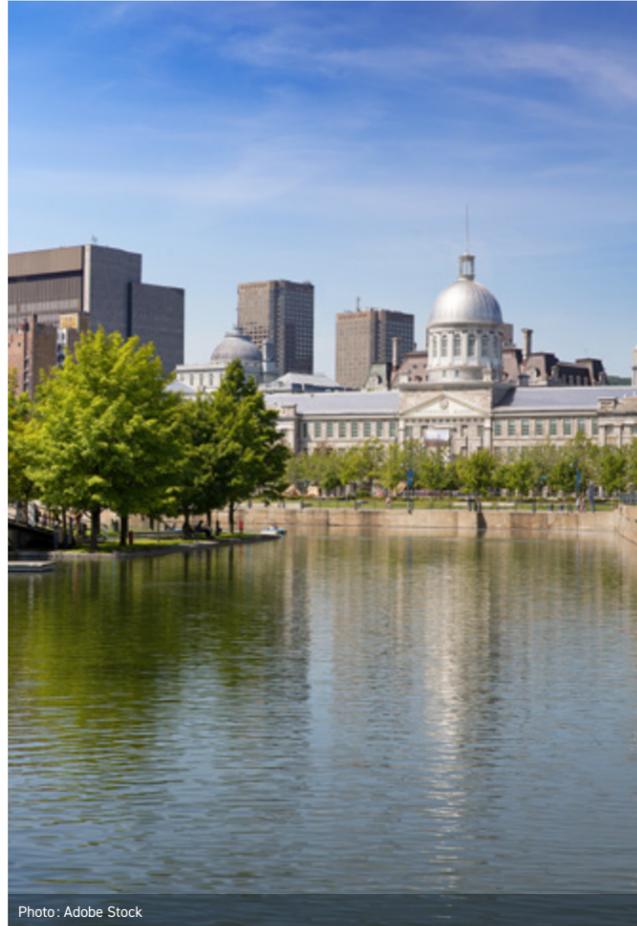


Photo: Adobe Stock





drmgmontreal@ssss.gouv.qc.ca

Direction régionale de l'accès aux services médicaux
de première ligne du DRMG de Montréal
Département régional de médecine générale

Photo: Pixabay