

## Mise en place des guichets d'accès

Lors de notre dernier numéro, cet automne, nous annonçons l'installation des guichets d'accès pour les personnes à la recherche d'un médecin de famille dans notre région. La mise en place de ces guichets va bon train.

Les personnes référées au guichet d'accès sont donc évaluées par une infirmière clinicienne qui accorde un niveau de priorité en fonction d'une grille préétablie. Afin de prendre en charge la clientèle la plus vulnérable de notre territoire, le coordonnateur local apporte son soutien au processus de référence et de répartition de cette clientèle, parmi les médecins du réseau local.

N'oubliez pas qu'une rémunération additionnelle pour les médecins a été

négociée pour faciliter cette prise en charge. L'évaluation faite par l'infirmière du guichet d'accès semble être un élément majeur et déterminant dans cette prise en charge. En effet, le patient qui voit le médecin lors de son premier rendez-vous se présente avec un dossier complet et bien étoffé :

- une histoire de cas;
- les antécédents médicaux;
- le profil pharmacologique mis à jour par le pharmacien;
- les allergies et les intolérances;
- le résultat des derniers examens de laboratoire;
- la copie des dernières consultations en spécialité;
- le résultat des différentes investigations radiologiques et autres.

Avec un dossier complet comprenant tous les renseignements nécessaires et mis à jour, la prise en charge devient donc moins lourde, car une grande partie du travail a déjà été effectuée. Il s'agit sûrement d'un exemple d'une collaboration interprofessionnelle dont on ne pourra plus se passer! Les patients comme les médecins en bénéficieront.

Pour plus d'information, vous trouverez ci-dessous la liste des coordonnateurs médicaux et leurs associés. N'hésitez pas à communiquer avec eux pour avoir de l'information.

## Nouvelle coordonnatrice des affaires médicales

Nous souhaitons la plus cordiale des bienvenues à madame Marie-Ève Gadoua à titre de coordonnatrice aux affaires médicales à la Direction des affaires médicales, universitaires et des partenariats professionnels. Elle détient un baccalauréat en sciences infirmières et poursuit ses études en vue de l'obtention d'une maîtrise en administration publique. Elle travaille en étroite collaboration avec le DRMG et représente un soutien important dans le renouvellement des GMF et particulièrement dans la mise sur pied des guichets d'accès. Son dynamisme et sa grande ouverture seront certainement un atout pour le DRMG.

**D<sup>re</sup> Louise Quesnel**  
Chef du DRMG de la Montérégie

### Liste des coordonnateurs médicaux des CSSS de la Montérégie

	Coordonnateur médical et les assistants	☎
CSSS Champlain	D <sup>r</sup> Yves Lambert D <sup>r</sup> Michel Décarie	450 443-7414
CSSS de la Haute-Yamaska	D <sup>r</sup> Jacques Ricard	450 375-1442 poste 6288
CSSS de Sorel-Tracy	D <sup>r</sup> Richard Desmarais	450 746-6000 poste 7023
CSSS de Vaudreuil-Soulanges	D <sup>re</sup> Manon Proulx D <sup>r</sup> Jérôme Caron D <sup>r</sup> Serge Lalonde	450 455-0507 poste 9741
CSSS du Haut-Saint-Laurent		450 829-2321 poste 402
CSSS du Suroît		450 371-0143 poste 3005
CSSS Haut-Richelieu-Rouville	D <sup>r</sup> Yves Langlois D <sup>r</sup> Richard Dumouchel	450 658-7563
CSSS Jardins-Roussillon	D <sup>r</sup> Laurent Marcoux (par intérim)	450 699-2425 poste 4130
CSSS La Pommeraie	D <sup>r</sup> Denis Lesieur D <sup>r</sup> Michel Camirand	450 266-4342 poste 44413
CSSS Pierre-Boucher	D <sup>r</sup> Claude Rivard	450 468-8111 poste 2415
CSSS Richelieu-Yamaska	D <sup>r</sup> Michel Brodeur	450 771-3333 poste 4800

### Les ordonnances collectives... on ne réinvente pas la roue!

Plusieurs ordonnances collectives sont accessibles à partir du site Web de l'Agence, section DRMG, voici l'adresse : [extranet.santemonteregie.qc.ca/drmg\\_contenu.html](http://extranet.santemonteregie.qc.ca/drmg_contenu.html)

## La Presse du DRMG

Éditeur : Secrétariat général et communications

Collaborateurs : D<sup>re</sup> Huguette Bélanger, D<sup>r</sup> Michel Camirand, D<sup>r</sup> Jérôme Caron, Isabelle Gaul, D<sup>r</sup> Serge Goulet, D<sup>re</sup> Isabel Mayrand, Claire Pagé, Véronique Pelletier, D<sup>re</sup> Louise Quesnel, D<sup>re</sup> Jocelyne Sauvé, Raymonde Simard

Révisseuse : Raymonde Simard

Graphisme : René Larivière

La Presse de l'Agence est un bulletin d'information de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie



Le site Web de l'Agence s'est refait une beauté. Il est situé à cette adresse : [www.santemonteregie.qc.ca/agence/](http://www.santemonteregie.qc.ca/agence/)

Le Département régional de médecine générale (DRMG) est situé dans la section réseau et partenaires : [http://extranet.santemonteregie.qc.ca/drmg\\_role.html](http://extranet.santemonteregie.qc.ca/drmg_role.html)

# La PRESSE du DRMG

LE BULLETIN DESTINÉ  
AUX OMNIPRATICIENS  
DE LA MONTEGIE

VOLUME 6 • NUMÉRO 1

JUIN 2009



## Un mot de D<sup>re</sup> Louise Quesnel, chef du DRMG de la Montérégie

Bonjour à tous,

J'aimerais d'abord souligner la nomination de madame Claire Pagé à titre de nouvelle présidente-directrice générale de l'Agence. Elle vous adresse d'ailleurs quelques mots dans ce numéro. Nous lui souhaitons la bienvenue et nous lui offrons notre entière collaboration.

Après une année de mandat, plusieurs projets se concrétisent. D'abord, deux nouveaux GMF ont été accrédités : le GMF La Cigogne, à Greenfield Park (réseau local de Champlain) et le GMF Marguerite d'Youville, regroupant des médecins du Centre médical de Boucherville et de la Clinique familiale des Hauts-Bois (réseau local de Pierre-Boucher). Félicitations à ces deux équipes!

Un travail important a été effectué durant l'année en vue du renouvellement des nombreux GMF de la Montérégie, avec comme résultat que les offres de service de plus de 28 GMF devront être

revues par le MSSS. L'Agence et le DRMG ont travaillé de concert pour établir des pistes de solutions afin de soutenir les GMF dans leur démarche.

L'année s'est aussi caractérisée par la nomination, dans la majorité de nos CSSS, de coordonnateurs locaux et de leurs adjoints. Il s'agit d'une étape cruciale dans la prise en charge de notre clientèle vulnérable. Vous trouverez les coordonnées de chacun des responsables de vos régions dans ce numéro. N'oubliez pas de vous prévaloir des forfaits de prise en charge.

La gestion du PREM a représenté, cette année, un processus plutôt difficile étant donné le nombre réduit de nouveaux facturants octroyé à la Montérégie. Une révision du processus a été soumise au MSSS afin de répondre aux réalités des différentes régions.

Mentionnons également l'inauguration d'une nouvelle Unité de médecine familiale (UMF) à Saint-Hyacinthe, affi-

liée à l'Université de Sherbrooke. Nous souhaitons bon succès à ses membres et nous espérons que plusieurs nouveaux résidents décideront d'adopter la Montérégie comme milieu de travail! J'aimerais inviter à nouveau nos plus jeunes médecins à s'impliquer dans leur milieu et à nous faire connaître leurs préoccupations.

Enfin, une journée sur la collaboration interprofessionnelle s'est tenue le 16 janvier dernier. Plusieurs participants, issus particulièrement des GMF, ont exposé leurs réussites concernant le travail d'équipe, le partage des tâches lourdes et le soutien de leur milieu. Le modèle GMF semble favoriser cette réussite. Nous devons être inventifs afin de répandre ce modèle dans des milieux urbains.

Je profite de l'occasion pour vous souhaiter des vacances reposantes et inspirantes.

Bon été à tous!

D<sup>re</sup> Louise Quesnel

N'oubliez pas  
L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DU DRMG  
qui se tiendra à l'Agence  
LE JEUDI 4 JUIN 2009, À 17 H 30.  
Veuillez confirmer votre présence à  
[r.simard@rrsss16.gouv.qc.ca](mailto:r.simard@rrsss16.gouv.qc.ca)

Agence de la santé  
et des services sociaux  
de la Montérégie

Québec

# La médecine familiale... plus séduisante

L'année dernière au Québec, il s'est produit une situation inquiétante ou, du moins non rassurante, lorsque nos étudiants en médecine n'ont pas pourvu à tous les postes disponibles en médecine de famille, préférant se tourner vers une spécialité.

Dans une période où il y a pénurie, nous devons nous poser des questions et développer des stratégies pour obtenir un ratio médecins/patients comparable à celui des autres provinces. Je me permets de vous rappeler que le médecin de famille est le cœur de la santé de notre population; il y joue un rôle essentiel en permettant d'améliorer la qualité de vie de tous ses habitants. Dans certaines études, on avance même que dans un système qui assure un bon suivi organisé, on obtient une meilleure espérance de vie.

## Quelques pistes de réflexion

La problématique est sûrement complexe et variée. Je crois premièrement que la pratique en médecine familiale a beaucoup évolué et que les connaissances et les tâches sont de plus en plus nombreuses et difficiles pour un seul médecin.

Deuxièmement, pour ceux qui croient que la féminisation est un facteur, je porte à votre attention quelques statistiques intéressantes. Un recensement en 2007 démontre que les femmes avaient travaillé environ 6 heures de moins par semaine, comparativement aux hommes. Par contre, elles étaient plus efficaces, en obtenant une population avec une meilleure santé, soit parce qu'elles passaient plus de temps avec leur patient, communiquaient mieux et faisaient plus de prévention. Enfin, les femmes choisissent plus souvent la médecine familiale comme pratique. Je ne veux surtout pas démarrer une guerre et généraliser une situation qui, à mon avis, n'est pas responsable du possible déficit d'attraction quand vient le temps de faire un choix.

Troisièmement, des lecteurs, dans la *Gazette*, en début de 2009, faisaient allusion au fait qu'au Québec, la rémunération (le Québec est loin derrière d'autres provinces) et les PREM contribuaient à l'exode et à la complexité de faire un choix de pratique.

Je suis optimiste et convaincu que nous trouverons des solutions. À qui reviennent le pouvoir et le devoir d'agir? Nous, qui avons plusieurs années de pratique, offrons-nous un modèle adéquat? Avons-nous su présenter une image



propice à convaincre que notre rôle est très important et que nous avons du plaisir à travailler?

Voici ce que je crois être primordial pour redonner ses galons à la médecine de famille :

- Il faut que nous intervenions très tôt dans le cours de médecine pour valoriser notre spécialité et ne pas attendre que l'influence des milieux spécialisés côtoie les étudiants pendant plusieurs années.

- Nous devons faciliter l'organisation et la gestion des situations difficiles durant la formation des futurs médecins.

- La valorisation de notre spécialité passe aussi par la rémunération.

- Finalement, il y a urgence de travailler en collaboration avec les autres professionnels de la santé; la pratique sera plus productive, plus réaliste et beaucoup plus rassurante. Le ratio infirmière/médecin est nettement insuffisant, et ce, même en GMF. Il y a un ratio d'une infirmière pour chaque médecin dans certains pays!

Je remercie le DRMG de m'avoir donné la chance de faire cette réflexion, de même que D<sup>re</sup> Louise Champagne pour ses commentaires.

D<sup>r</sup> Serge Goulet, médecin de famille  
GMF UMF Charles LeMoine

## VOICI LES REPRÉSENTANTS DES COMITÉS LOCAUX :

CSSS Champlain	D <sup>r</sup> Yves Lambert
CSSS de la Haute-Yamaska	D <sup>re</sup> Isabel Mayrand
CSSS de Sorel-Tracy	D <sup>r</sup> Richard Desmarais
CSSS de Vaudreuil-Soulanges	D <sup>re</sup> Manon Proulx
CSSS du Haut-Saint-Laurent	Poste non pourvu
CSSS du Suroît	Poste non pourvu
CSSS Haut-Richelieu-Rouville	D <sup>r</sup> Jean Désormeau
CSSS Jardins-Roussillon	D <sup>re</sup> Karyne Amyot
CSSS La Pommeraie	D <sup>r</sup> Michel Camirand
CSSS Pierre-Boucher	D <sup>r</sup> Claude Rivard
CSSS Richelieu-Yamaska	D <sup>r</sup> Michel Brodeur

# Effectifs médicaux 2009



« Les règles de répartition ont été révisées depuis quelques années afin de permettre une distribution plus équitable des effectifs médicaux et il est maintenant assuré que tous les CSSS accueilleront au moins un candidat. »

Le ministre de la Santé et des Services sociaux a accordé à la Montérégie, au Plan régional d'effectifs médicaux (PREM), seulement 24 postes pour les nouveaux facturants et 21 postes en mobilité interrégionale pour un total de 45 omnipraticiens supplémentaires. Tous les postes de nouveaux facturants pour 2009 sont maintenant pourvus et il ne reste que quelques places pour les médecins en mobilité interrégionale. Cela témoigne de l'attrait que représente notre région pour la pratique médicale. Par contre, en tenant compte de l'attrition prévue par le Ministère, l'ajout sera de 5 médecins en Montérégie pour 2009.

Au cours des dernières années, nous avons pourvu pratiquement tous les postes octroyés par le Ministère et les candidats semblent satisfaits du lieu de pratique qu'ils ont choisi.

Le comité directeur du DRMG, en concertation avec les administrateurs des centres de santé et de services sociaux (CSSS), effectue la répartition des postes dans les onze CSSS et l'Hôpital Charles LeMoine. Les règles de répartition ont été révisées depuis quelques années afin de permettre une distribution plus équitable des effectifs médicaux et il est maintenant assuré que tous les CSSS accueilleront au moins un candidat. Pour réduire les disparités entre les territoires, le comité directeur a adopté un mode de répartition qui favorise les territoires « pauvres » en médecins de première ligne et cette méthode démontre un impact positif depuis 3 ans. Les priorités de recrutement ont été déterminées selon les ratios équivalent temps plein (ETP) omnipraticien/population en tenant compte de certaines spécialités et selon les demandes des administrateurs des CSSS.

## Des règles appelées à changer

Plusieurs facteurs de la situation actuelle nous obligent à revoir certaines règles. Le premier facteur touche les crises vécues dans les équipes de soins, tant à l'hospitalisation qu'à l'urgence de plusieurs CSSS, situation à laquelle nous devons pallier du mieux possible avec les

ressources qui nous sont allouées. Le second facteur important concerne la diminution du nombre de finissants en médecine générale malgré le nombre plus important d'inscriptions en médecine. La relève se fera moins nombreuse que prévu et nous devons nous assurer que la Montérégie reçoive sa juste part de nouveaux facturants. Ce désintérêt des nouveaux médecins pour la médecine familiale inquiète les intervenants en santé et cette situation a été dénoncée en de nombreuses occasions et devant de multiples instances (Agence, MSSS, FMOQ, COGEM). Malheureusement, malgré les efforts du DRMG, il a été impossible d'obtenir des dérogations au PREM 2009.

La méthode de répartition actuelle, basée sur l'attrition, favorise les régions mieux nanties qui restent stables au détriment des régions en pénurie qui ne peuvent améliorer leur situation. Plusieurs représentations ont été effectuées auprès de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ) pour revoir la méthode de répartition des nouveaux facturants à travers la province. Une des suggestions présentées implique une répartition tenant compte du nombre de médecins omnipraticiens en ETP de première ligne et non selon l'attrition médicale. La nouvelle méthode de répartition devrait tenir compte de l'équité interrégionale. Le Ministère compte utiliser cette méthode pour le prochain exercice du PREM.

Vous pouvez communiquer avec votre représentant local du DRMG pour toute question concernant les AMP, le PEM de votre CSSS ou le PREM de la Montérégie ainsi que pour toute autre proposition pour aider la première ligne à remplir adéquatement son rôle dans le réseau de santé du Québec.

D<sup>r</sup> Claude Rivard  
Président du comité des effectifs médicaux  
DRMG Montérégie



# J'm'ennuie de ma mère!

Un mot d'Isabel Mayrand,  
Représentante du DRMGM, CSSS de la Haute-Yamaska

## 6h30, je débute ma semaine de garde...

Sept jours de garde, disponible 24 heures sur 24. Sept jours où le temps suspend un peu son cours. Madame «X», première patiente. Raison de consultation: délirium de novo. Civière 45... Dans un corridor bondé, Madame «X» me regarde, regard hagard. De toute évidence, il faudra appeler la famille. Questionnaire impossible. 6 h 30, pas vraiment une heure décente pour appeler les gens. Je la rassure, remettant la petite couverture de flanelle sur ses épaules. Je ne crois pas qu'elle sait ce que je fais dans la vie, ni ce qu'elle fait ici. En attendant, je recherche son dossier antérieur, m'attendant à une « brique ». Surprise, un dossier très mince. Dans le calme du matin, j'apprends qu'au début des années 50, Madame «X» avait été hospitalisée trois jours pour une exérèse d'ongle incarné... Trois jours où Sœur Antiseptique avait consigné religieusement tous les détails du changement de pansement, la façon dont elle faisait bataille aux méchants microbes. Je ne crois pas qu'ils ont su lui résister... On ne voit plus ça de nos jours... Les bactéries nous résistent tout le temps...

Bon, il faut que je me mette à l'œuvre, j'ai tellement à faire... Demandes de consultations diverses, d-dimères augmentés, QT allongés... Curieuses demandes de consultations... Je me souviens, il n'y a pas si longtemps, les demandes n'étaient pas si pointues. Pyélonéphrites qui demandent un antibio iv., thrombophlébites qui demandent de l'héparine iv. On gardait tous ces cas à l'hôpital... Je me souviens aussi, qu'exaspérée de m'être fait réveiller à 3 heures du matin pour un temps de céphaline afin d'ajuster la dose d'héparine, on avait pensé à instaurer des protocoles... Puis l'héparine de bas poids moléculaire. Enfin, tout ça pour nous faciliter la tâche, et pourtant, 15 ans plus tard, j'ai l'impression que la tâche est de plus en plus lourde. Pourquoi? Malgré tous les beaux projets, les plateaux techniques, je me sens de plus en plus seule et débordée. Parlons-en des beaux projets! Je me souviens que jeune, ma mère et moi avions entrepris un projet de piquer des courtes pointes. Ma mère, très habile couturière, me demandait



de l'aider pour la technique de piquage; j'étais assez bonne à ce niveau. Mon père, voyant mon talent certain, décida de nous acheter un énorme métier à piquer. Maman l'installa dans une pièce qui est vite devenue un lieu de rendez-vous pour toutes les femmes du voisinage, un lieu de rencontres, d'échanges, de psychothérapie! J'étais aussi complice dans cette horde de femmes, piquant avec elles. Puis, ma grand-mère est décédée. Elle avait un métier à tisser dans le sous-sol et j'en héritai. Ma mère, un peu sceptique, laissa quand même le métier entrer dans la pièce où le métier de piquage était déjà maître et roi. Or, le métier à tisser prit trop de place, les amies de ma mère délaissèrent peu à peu le piquage et espacèrent leurs visites. Ma mère perdit d'un même coup tout son soutien social. Prenant son courage à deux mains, elle ordonna que le métier à tisser sorte de la pièce, malgré la résistance de mon père. D'un seul coup, les amies de ma mère revinrent et la maison fut à nouveau pleine de joyeux ramages...

Je trouve que, quoique simpliste, le problème d'hospitalisation dans les établissements ressemble à celui de ma mère. On nous a offert plein de beaux projets, qui semblaient faisables, mais, manifestement, nous ne savons les faire fonctionner. Nous n'avons pas le temps non plus. Il nous faudrait quelqu'un comme ma mère, qui n'a pas peur de dire « assez » pour aspirer à l'équilibre et au bien-être. On nous a tellement inculqué que nous, omnipraticiens, pouvions tout faire, que nous avons fini par le croire. Nous avons pris sur notre dos bien des responsabilités : bureau, hosp., rôle de parent. Même, avoir une « qualité de vie » est devenu un projet qu'on veut mener à bien. Paradoxalement, la qualité de vie s'avère une tâche... Je surprends souvent les « plus vieux » à dire : « S'il arrête de travailler ce médecin-là, je ne sais pas comment on va faire pour le remplacer ». Ce médecin est-il conscient de toute cette pression? J'espère que non, mais ça m'inquiète quand même. J'm'ennuie de ma mère...

D<sup>re</sup> Isabel Mayrand,  
représentante du DRMGM, CSSS de la Haute-Yamaska

## Un mot de Claire Pagé, présidente-directrice générale, ASSS Montérégie

Bonjour,

C'est avec grand plaisir que j'ai accepté l'invitation lancée par D<sup>re</sup> Quesnel de prendre la plume pour vous adresser quelques mots. J'œuvre au sein du réseau depuis plus de 30 ans et, à titre de nouvelle présidente-directrice générale de l'Agence, je suis bien consciente de la réalité et des charges de travail importantes des médecins omnipraticiens. Pour cela, je tiens à vous remercier de votre engagement quotidien à offrir à la population montréalaise des soins et des services de grande qualité.

L'amélioration de l'exercice de la profession passe par l'organisation des soins et des services et, à ce titre, la collaboration interprofessionnelle permet une meilleure prise en charge des clientèles vulnérables, ces dernières occupant souvent une grande partie de votre temps. Il s'agit donc d'une avenue que nous encourageons et que nous continuerons à soutenir dans les prochaines années. Les CSSS sont vos partenaires dans les modalités de soutien à la pratique médicale; déjà plus de 30 GMF sont constitués et 4 cliniques-réseau fonctionnent. Un guichet d'accès pour



les clientèles orphelines et un intervenant pour les personnes avec maladies chroniques sont ou seront bientôt mis en place dans chaque territoire. En parallèle, nous continuons à faire des représentations vigoureuses auprès des différentes instances du Ministère afin d'augmenter les effectifs médicaux.

Comme vous le savez sûrement, le D<sup>r</sup> Jean Rodrigue siège à la *Table de concertation sur l'accès aux médecins de famille et aux services de première*

*ligne* récemment mise en place par le ministre. Cette nomination est une excellente nouvelle pour nous tous puisqu'elle nous permettra de faire entendre une voix supplémentaire auprès des instances ministérielles. J'en profite donc pour féliciter chaleureusement le D<sup>r</sup> Rodrigue pour cette nomination.

Je vous souhaite un très bel été!

Claire Pagé  
Présidente-directrice générale, ASSS Montérégie

# Le comité sur l'organisation des services médicaux de première ligne (COSM)

Le dossier de l'heure : le renouvellement des GMF

Le processus de renouvellement des GMF a été amorcé en février 2009. À titre de rappel, une rencontre a eu lieu avec tous les responsables de GMF en novembre 2008. Les directives ministérielles ont été exposées lors de cette rencontre, mais surtout, la démarche préconisée par l'Agence et le DRMGM a été bien expliquée.

Le comité de direction du DRMGM a soutenu que cette démarche de renouvellement des GMF devait à la fois être équitable, c'est-à-dire favoriser un juste partage des ressources entre les GMF, et être respectueuse de chacune des particularités des GMF. La Montérégie est une région très disparate où l'on retrouve à la fois des secteurs très urbanisés et des secteurs ruraux isolés des grands centres urbains. La répartition des effectifs médicaux n'est pas égale. L'évaluation des offres de service doit tenir compte de ces différences.

Dans un premier temps, une démarche de collecte de données est en cours. Chacun des GMF est visité et ceci permet de relativiser les différents contextes de pratique. L'Agence



recueille un ensemble de données émanant des GMF : inscriptions, nombre d'ETP, offre de service, etc. Le représentant local du DRMGM est associé de près à cette tournée : il participe à la visite, il reçoit et étudie les rapports d'analyse des offres de service pour chacun des GMF de son territoire.

Dans un deuxième temps, le COSM et le comité de direction du DRMGM se positionneront sur les plans d'action à donner aux différents GMF. Des critères d'appréciation pour l'évaluation des GMF qui n'ont pas atteint leur cible d'inscriptions ont été émis par le Ministère. Les plans d'action proposés se baseront sur ces critères. Ils devraient, nous l'espérons, être cohérents, et surtout respecter les deux valeurs que nous avons mises de l'avant lors de notre rencontre de novembre : l'équité et le respect.

Ces plans d'action nous amèneront « harmonieusement » vers le renouvellement de l'accréditation qui devrait avoir lieu dans la prochaine année.

D<sup>r</sup> Michel Camirand, président du COSM



# Prévention des maladies chroniques, les médecins peuvent faire la différence!

Entrevue avec D<sup>re</sup> Jocelyne Sauvé, directrice de la santé publique de la Montérégie

## Que peuvent faire les médecins de première ligne en matière de prévention?

**J. S. :** Ils peuvent faire beaucoup! Les cliniciens doivent saisir toutes les occasions d'intervenir parce qu'un changement minime des habitudes de vie individuelles peut se traduire par une amélioration significative de la santé populationnelle. Et puis, les pratiques cliniques préventives (PCP) sont là pour les guider.

## En quoi consistent ces pratiques?

**J. S. :** Les PCP sont des interventions préventives dont l'efficacité est reconnue. Elles comprennent :

- le **counselling**, c'est-à-dire la discussion et le soutien des patients concernant leurs habitudes de vie et leurs comportements à risque (tabagisme, mauvaise alimentation, sédentarité, usage d'alcool ou de drogues, santé sexuelle, etc.);
- le **dépistage** précoce de maladies et de facteurs de risque;
- la **vaccination**;
- la **chimioprophylaxie** (recommandation d'une médication à visée préventive).

## Comment la santé publique peut-elle aider les cliniciens à faire mieux et davantage?

**J. S. :** Je sais que les obstacles sont nombreux : horaires surchargés, pénurie de personnel et de ressources, absence de rémunération, etc. Malgré tout, les cliniciens réalisent déjà une partie des PCP recommandées.

Pour les aider à surmonter ces difficultés, nous travaillons à différents niveaux. Ainsi, au niveau national, des négociations sont en cours entre le ministère de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec concernant la rémunération des actes préventifs,

tels le soutien médical à l'abandon du tabagisme et le dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS).

Au niveau régional, la Direction de santé publique de la Montérégie, en collaboration avec les 11 CSSS de la région et leurs partenaires, dont le DRMG, propose son soutien aux professionnels pour intégrer les pratiques préventives jugées prioritaires, à savoir :

- le soutien à l'abandon du tabagisme, à la consommation d'au moins 5 portions de fruits et légumes et à la pratique d'au moins 30 minutes d'activités physiques quotidiennement, en lien avec le programme 0-5-30 COMBINAISON PRÉVENTION;
- le dépistage de l'hypertension artérielle par la mise en place d'un système de soins qui permet de penser à la prévention à chaque visite d'un patient;
- l'implantation d'ordonnances collectives pour faciliter la contraception hormonale auprès des jeunes femmes;
- les PCP en lien avec les ITSS;
- la vaccination contre la grippe et le pneumocoque;
- la recommandation aux patientes de 50 à 69 ans d'adhérer au Programme québécois de dépistage du cancer du sein.

Ce soutien est assuré dans chaque réseau local de services par les CSSS, appuyé par l'équipe régionale PCP formée de médecins et d'infirmières-conseils.

## Quel est l'avenir des PCP en Montérégie?

**J. S. :** Tous les CSSS ont l'intention de s'impliquer dans la stratégie d'action des PCP d'ici 2012. Des collaborations régionales-locales existent déjà dans plusieurs réseaux locaux de services. Je crois à la concertation; en définitive, c'est la population montréalaise qui en profitera!

Dans une première phase, nous avons mis en place une série d'actions à la grandeur de la région :

- Utilisation d'un modèle unique de liste de médicaments actives émise par le pharmacien;
- Affichage dans tous les points de services (« ma liste de médicaments, j'y vois »);
- Publicité dans les journaux locaux;
- Feuillet à remettre individuellement aux patients par le professionnel (médecins, infirmières, pharmaciens) lors de la prescription;
- Avis au patient lors de la prise de rendez-vous.

Tenir le même discours, le répéter et responsabiliser le patient : tel était le mot d'ordre. **Après quelques mois, un sondage nous montre une nette amélioration de la situation, mais pour changer les mentalités, il s'agit d'un travail de longue haleine.**

La deuxième phase consistait à former des groupes de discussion joignant médecins et pharmaciens, par secteurs sur le territoire, afin d'écouter les préoccupations de tous et d'établir les priorités qui orienteront les travaux de la table. Encore une fois, nous avons eu une excellente réponse des professionnels et nous espérons proposer de nouveaux modes de fonctionnement d'ici l'automne. Ces modes de travail seront présentés à l'ensemble des médecins du territoire lors d'un colloque du DRMG sur la continuité des soins dans Vaudreuil-Soulanges en octobre 2009. Ils seront par la suite diffusés à la population sous forme de mode d'emploi d'utilisation du réseau de santé dans Vaudreuil-Soulanges.

Les principaux objectifs qui ressortent de cette consultation et qui font l'unanimité sont :

- Établir un formulaire unique pour le renouvellement des prescriptions contenant toute la liste des médicaments actifs.
- Informer systématiquement le patient qu'il aura, dans les 3 prochains mois, des médicaments à renouveler et lui remettre, selon le cas, la liste en main propre (responsabiliser le patient).
- Développer un mécanisme d'alarme pour l'observance thérapeutique et valider l'implication légale de la transmission de cette information.
- Faire un registre des moyens de communication entre médecin / pharmacien / infirmière GMF pour optimiser le travail.

■ Valider toutes les ordonnances collectives mettant à contribution le pharmacien et les infirmières GMF et utiliser un formulaire uniformisé pour les modifications de traitement. Informer les pharmaciens lors d'ajout de nouvelles ordonnances collectives.

■ Développer des ordonnances collectives avec les pharmaciens.

■ Ajouter sur le formulaire de prescription l'indication thérapeutique principalement pour l'antibiothérapie pédiatrique avec le poids de l'enfant et pour les médicaments à multiples indications pour éviter les mauvaises interprétations. Ajouter la clairance de la créatinine ou filtration glomérulaire pour les personnes âgées.

Ce n'est donc pas le travail qui manque! Pour ce faire, les objectifs suivants devront être maintenus :

- améliorer la continuité des soins;
- faire mieux circuler l'information entre professionnels;
- travailler de manière sécuritaire;
- responsabiliser le patient par rapport à son traitement;
- optimiser le travail de tous les professionnels dans un contexte de ressources limitées.

## Une formule qui nous apparaît gagnant/gagnant.

**Dr Jérôme Caron**  
Assistant-coordonnateur de première ligne dans Vaudreuil-Soulanges

## POUR VOTRE SÉCURITÉ

AVANT DE RENCONTRER UN PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ, AYEZ TOUJOURS EN VOTRE POSSESSION :



SUR DEMANDE, VOTRE PHARMACIEN POURRA VOUS FOURNIR LES INFORMATIONS ESSENTIELLES À VOTRE SÉCURITÉ.

## Le partenariat médecin/pharmacien, est-ce possible?

Depuis la venue des GMF, on ne cesse de parler d'interdisciplinarité pour optimiser les soins aux patients et utiliser les ressources de manière efficiente. Nous avons investi beaucoup d'énergie, principalement avec les infirmières, pour établir des protocoles de soins et des ordonnances collectives. Mais qu'en est-il du pharmacien? Une grande partie de notre tâche quotidienne tourne pourtant autour de la prescription et de la gestion de la médication. **Où se trouve donc le pharmacien dans l'équipe soignante quand nous parlons de continuité des soins?**

### Table de travail dans Vaudreuil-Soulanges : des résultats prometteurs

Il y a un an et demi, nous établissons, sur le territoire de Vaudreuil-Soulanges, une table permanente de travail sous la supervision du comité local du DRMG. Cette table regroupe des représentants des pharmaciens, des médecins, des représentants du CSSS, pour le soutien technique, et d'une compagnie pharmaceutique, pour le financement des projets. La réponse des participants fut enthousiaste. L'objectif de cette table est d'améliorer les relations interprofessionnelles, de réduire les irritants, d'optimiser le travail de tous les pro-

fessionnels (médecins, pharmaciens et infirmières GMF) et surtout, d'améliorer les soins aux patients.

Avant de parler d'ordonnances collectives complexes, il fallut commencer par la base. Notre premier cheval de bataille : la liste de médicaments. Combien de patients se présentent au bureau, au sans rendez-vous ou à l'urgence, sans avoir en leur possession leur liste de médicaments? Source de danger, de perte de temps dans la collecte de l'information, de mauvaise utilisation des professionnels... il nous apparaissait urgent de trouver une solution.