

# Guichet d'accès pour la clientèle orpheline et vulnérable, *un an déjà!*

Le déploiement et l'implantation des guichets d'accès pour la clientèle orpheline et vulnérable en Montérégie ont débuté il y a un peu plus d'une année. Maintenant, les guichets sont en fonction dans les 11 territoires de réseaux locaux de services de notre région. Ces guichets permettent l'inscription, l'évaluation et la référence des personnes sans médecin de famille en priorisant les patients vulnérables. Le fonctionnement des guichets est assuré par des équipes composées de coordonnateurs médicaux, d'infirmières et de techniciennes en administration. À ce jour, 206 médecins participent aux guichets d'accès, 15 556 patients y sont inscrits et 1 871 patients ont été dirigés vers des médecins entre le 1<sup>er</sup> janvier et le 1<sup>er</sup> octobre 2009.

Une première rencontre regroupant les professionnels œuvrant dans les guichets s'est tenue à l'Agence le 21 novembre. Lors de cette rencontre, plusieurs sujets ont été abordés entre autres :

- La satisfaction des médecins en regard de l'évaluation et de la préparation des dossiers réalisées par le guichet.
- Le coordonnateur médical du CSSS Pierre-Boucher, Dr Claude Rivard, a illustré avec chiffres à l'appui, la rémunération forfaitaire accordée aux médecins dans le cadre du guichet d'accès.
- Enfin, des constats intéressants ont été faits :
- Trois CSSS ont développé un accueil clinique dans la foulée du guichet d'accès.
- L'utilisation, par certains CSSS, d'ordonnances collectives pour l'initiation de mesures diagnostiques.

**Marie-Ève Gadoua**  
Coordonnatrice DAMUPP  
ASSS de la Montérégie

COORDONNÉES GUICHET D'ACCÈS POUR LA CLIENTÈLE ORPHELIN ET VULNÉRABLE		
Nom du CSSS	Médecin coordonnateur	☎
Champlain	Dr Yves Lambert	450 443-7414
Haute-Yamaska	Dr Jacques Ricard	450 375-1442 poste 6288
Haut-Richelieu-Rouville	Dr Yves Langlois	450-358-5278 poste 2536 Télécopieur : 450-349-0644
Haut-Saint-Laurent		450 829-2321 poste 402 Télécopieur: 450 829-2871
Jardins-Roussillon	Dr Stéphane Olivier	Ligne directe : 450 699-7898 ligne sans frais : 1 866 730-0333 Télécopieur : 450 699-7542
La Pommeraie	Dr Denis Lesieur	450 266-4342 poste 2-2217
Pierre-Boucher	Dr Claude Rivard	450 468-8111 poste 2415
Pierre-De Saurel	Dr Richard Desmarais	450-746-6000 poste 7023
Richelieu-Yamaska	Dr Michel Brodeur	450 771-3333 poste 4800
Suroît		450 371-0143 poste 3005
Vaudreuil-Soulanges	Dr Manon Proulx	450 455-0507 poste 116

## Nouvelles recrues à la DAMUPP

L'équipe administrative à la direction des affaires médicales, universitaires et des partenariats professionnels en soutien au DRMG s'est enrichie de deux nouvelles recrues :

**M<sup>me</sup> Marie-Claude Lavoie**, chargée de projet régionale des GMF, s'occupe aussi du dossier des guichets d'accès pour la clientèle vulnérable.

**M<sup>me</sup> Guylaine Michaud**, technicienne, assiste les professionnelles dans la gestion des effectifs médicaux et des activités médicales particulières.

## La Presse du DRMG

Éditeur : Secrétariat général et communications

Collaborateurs : D<sup>re</sup> Huguette Bélanger, D<sup>re</sup> Jocelyne Bonin, Chantal Bonneau, Dr Michel Camirand, Marie-Ève Gadoua, Mireille Gaudreau, Michel Gontier, D<sup>re</sup> Julie Lajeunesse, Dr Viateur Lalonde, D<sup>re</sup> Louise Quesnel, Dr Claude Rivard, Raymonde Simard et Malorie Toussaint-Lachance.

Révisseur : Raymonde Simard

Graphisme : René Larivière

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

## Comment trouver facilement la page WEB du DRMG

À partir de la page d'accueil de l'Agence à cette adresse : <http://www.santemonteregie.qc.ca/agence/index.fr.html>, cliquez sur **Réseau et partenaires** à droite de l'écran, la page d'accueil du DRMG se situe en 5<sup>e</sup> place dans le menu de gauche. Cliquez sur le lien **Outils et publications** situé sous DRMG dans la section **À propos de nous** pour accéder aux documents du DRMG.



# La PRESSE du DRMG

LE BULLETIN DESTINÉ AUX OMNIPRATICIENS DE LA MONTEGIE

VOLUME 2 • NUMÉRO 2

JANVIER 2010



## Un mot de D<sup>re</sup> Louise Quesnel,

chef du Département régional de médecine générale (DRMG) de la Montérégie

### Bonjour à tous,

La deuxième vague de la pandémie est terminée. Nous avons dû nous adapter à une situation exceptionnelle, ce qui a retardé la parution de notre journal. Nous soulignons encore une fois l'apport précieux et indispensable des médecins de la première ligne dans la gestion de cette crise. L'organisation des soins de première ligne dans les bureaux, dans les sites non traditionnels (SNT), dans les urgences et dans les centres hospitaliers se base sur des efforts collectifs de la part de tout le personnel soignant, tant des médecins omnipraticiens et spécialistes que du personnel infirmier. Nous aurons certainement l'occasion dans les prochains mois de revoir le processus dans sa globalité, en ciblant les aspects plus problématiques du déroulement de la gestion.

Nous avons plusieurs projets pour l'année 2009-2010. Nous parachevons le renouvellement des GMF, résultat d'un travail méticuleux des derniers mois. Nous évaluons, pour la prochaine année, le fonctionnement des guichets d'accès et mettons de l'énergie à la mise en place de personnel infirmier pour l'évaluation des patients orphelins. Nous devons réfléchir à la mobilisation médicale, essentielle dans tout ce processus. Malgré des efforts pour la prise en charge de cette clientèle, il nous reste malheureusement des patients orphelins qui sont très vulnérables et qui se retrouvent sans médecin de famille. Il faut continuer notre travail dans ce sens.

Nous nous pencherons sur l'accueil clinique qui favorisera la prise en charge de notre clientèle d'une part, et qui permettra d'établir une collaboration avec la médecine spécialisée d'autre part. Ceci nous permettra d'augmenter

notre efficacité auprès de notre clientèle en ayant accès à la deuxième ligne selon des modalités préétablies pour diverses pathologies. Plusieurs expériences dans différentes régions du Québec et de la Montérégie ont été évaluées et nous espérons faire connaître davantage ce principe à travers toute la Montérégie. C'est probablement un gage de réussite dans la continuité et la qualité des soins aux patients.

Concernant la médecine hospitalière, nous aurons l'opportunité de mettre sur pied un comité regroupant des directeurs des services professionnels, des représentants du DRMG, de l'Agence, de la médecine hospitalière en omnipratique, de la médecine spécialisée et aussi du Ministère. Nous espérons trouver et partager certaines solutions afin de soutenir nos médecins hospitaliers. Organiser les soins de première ligne, surtout en milieu hospitalier, ne pourra se faire sans la médecine spécialisée et sans une volonté de tout le milieu. C'est sûrement un dossier à suivre.

Nous aborderons aussi, au cours de l'année 2010, l'arrivée des infirmières-praticiennes spécialisées (IPSS) dans certains de nos milieux. Nous devons revoir nos différents rôles, complémentarité oblige!

N'oublions pas nos jeunes médecins à qui je réitère mon invitation à se faire entendre et à participer à nos tables locales. Votre apport est primordial et nous devons faire en sorte que vous soyez les premiers intéressés dans l'évolution de notre pratique. Venez vous faire entendre!

La chef du Département régional de médecine générale,  
**Louise Quesnel, M.D.**

## À noter à votre agenda!

**Le vendredi 14 mai 2010,** assemblée générale et rencontre du DRMG dans le cadre de la formation continue dont le sujet sera l'accueil clinique.

Vous recevrez le programme de la journée au cours du mois d'avril 2010.

Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie  
**Québec**



# GUICHET D'ACCÈS SANTÉ MENTALE

## 1<sup>re</sup> ligne en CSSS

Le nombre d'adultes vus pour un trouble mental transitoire ou sévère démontre que les médecins omnipraticiens constituent la 1<sup>re</sup> porte d'entrée aux services. Les études scientifiques démontrent également que moins de 40 % des Canadiens souffrant de troubles mentaux consultent un professionnel de la santé pour des raisons de santé mentale au cours d'une année. De plus, parmi les personnes atteintes de troubles mentaux courants qui consultent pour des raisons de santé mentale, environ la moitié ne reçoit pas un traitement minimalement en adéquation avec les guides pratiques.



Face à ce constat, le Plan d'action en santé mentale 2005-2010, *La Force des liens* représente un tournant majeur. Non seulement met-il l'accent sur le développement prioritaire des services spécifiques de 1<sup>re</sup> ligne en santé mentale pour toute la population, mais il insiste sur *La Force des liens* à créer entre les partenaires pour assurer un accès aux services et actualiser les meilleures pratiques cliniques.

Pour la Montérégie, l'ampleur du travail accompli par les omnipraticiens confirme aussi l'importance de les soutenir avec les équipes de 1<sup>re</sup> ligne en implantation dans les onze CSSS et le soutien clinique des psychiatres-répondants.

Le 12 mars 2009, le conseil d'administration de l'Agence, suite à une consultation auprès des partenaires, a adopté un cadre de référence pour le déploiement des services de 1<sup>re</sup> ligne santé mentale en CSSS dans la perspective de soins en collaboration :

<http://www.santemontergie.qc.ca/depot/document/560/CadrereferenceSante%20mentale.pdf>

Parmi les gestes concrets déjà posés pour actualiser ce modèle, nous constatons la mise en place des guichets d'accès santé mentale dans la majorité des 11 CSSS.

La conception du guichet d'accès en Montérégie tient compte des balises suivantes :

- Le guichet d'accès fait partie de l'équipe santé mentale 1<sup>re</sup> ligne (imputabilité du CSSS).
- Il est considéré comme la porte d'entrée de la population qui sollicite des services au CSSS ou qui y est référée par un partenaire identifié du réseau (omnipraticiens des cliniques privées, des GMF et des organismes communautaires).
- Il est le lieu où s'effectue le choix de l'orientation des usagers. Les représentants des services de 1<sup>re</sup> et 2<sup>e</sup> ligne et les agents de liaison sont régulièrement consultés par rapport à l'orientation à donner lors de situations complexes.
- Il assure l'accompagnement des adultes concernés (soutien proactif à offrir à la personne pour l'aider à obtenir les services dont elle a besoin) par l'entremise de la fonction liaison vers les services appropriés plutôt que de simplement les référer à des services, et ce, dans le but d'éviter les ruptures de services.



# EFFECTIFS MÉDICAUX



D'abord les bonnes nouvelles : la cuvée 2009 a été bien remplie! La Montérégie a pourvu les 24 postes de nouveaux facturants pour 2009 accordés par le ministre. Elle a reçu 26 médecins provenant d'une autre région au-delà des 21 postes alloués par le Ministère. L'explication : plusieurs médecins en provenance d'une autre région et ayant plus de 20 ans de pratique ont décidé de s'établir en Montérégie au-delà des 21 postes déjà pourvus. Ceci témoigne de l'attrait qu'ont les médecins finissants et ceux déjà en pratique pour notre région. Plusieurs régions du Québec, pour leur part, ne parviennent pas à pourvoir les postes de nouveaux facturants ou de médecins en mobilité interrégionale (MIR).

Pour l'année 2010, le Ministère accorde à la Montérégie 27 postes de nouveaux facturants et 17 postes de MIR. Cette répartition est la conséquence d'une nouvelle méthode de calcul utilisée par le Ministère qui s'appuie sur le ratio médecin/population par région et ne tient plus compte de l'attrition médicale. C'est cette méthode de calcul que le DRMG de la Montérégie utilise pour la répartition aux différents CSSS. Des représentations des DRMG et de la FMOQ auprès du Ministère ont considérablement aidé à faire avancer ce dossier.

Comme pour les années précédentes, le comité de direction du DRMG a distribué les postes de nouveaux facturants aux 11 CSSS, à l'Hôpital Charles LeMoine et au Centre hospitalier Kateri Memorial selon ces critères :

1. la richesse relative en omnipraticien en 1<sup>re</sup> ligne;
2. les effectifs médicaux en place et les effectifs requis pour les services de médecine générale en milieu hospitalier;
3. la présence de 7 spécialités de base par rapport aux omnipraticiens en milieu hospitalier.

Au moment d'écrire ces lignes, tous les postes de nouveaux facturants en Montérégie ont un postulant.

Même si les règles d'attribution des postes à travers la Montérégie semblent rigides, nous tentons tout de même d'être conciliants. Dans l'éventualité où un territoire qui présente un faible pouvoir d'attraction reçoit plus de candidatures que de postes alloués, le DRMG demeure ouvert à un dépassement de postes. Et d'autant plus si ce territoire n'a pas réussi à recruter de nouveaux médecins au cours des années précédentes. Nous devons cependant respecter la cible de nouveaux facturants octroyés par le Ministère.

Un problème important est l'incapacité des départements universitaires de médecine familiale d'attirer des candidats pour remplir tous les postes. Un nombre de 325 nouveaux finissants aurait été nécessaire pour remplacer les médecins de famille qui cessaient leur pratique au Québec en 2009. Or, seulement 235 nouveaux médecins sortirent des programmes universitaires. Nous souhaitons que les efforts de promotion de la médecine familiale déployés par la FMOQ et les différentes facultés porteront leurs fruits rapidement. Peu importe la grosseur des morceaux à distribuer, si le gâteau est petit, tout le monde reste sur sa faim!

Vous pouvez communiquer avec votre représentant local du DRMG pour toute question concernant les AMP, le plan d'effectifs médicaux 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.



**Claude Rivard, M.D.**  
Président du comité des effectifs médicaux DRMG Montérégie

## VOICI LES REPRÉSENTANTS DES COMITÉS LOCAUX DU DRMG

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 à pourvoir
CSSS du Suroît	Poste à pourvoir
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



# Connaissez-vous les « SIPPE », un service pour les jeunes mères vulnérables?



## C'est quoi un SIPPE?

Depuis 10 ans, en complément au suivi obstétrical et pédiatrique, des équipes multidisciplinaires en petite enfance offrent, dans tous les CLSC de la Montérégie, des Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE). Ce sont des services de suivi intensif à domicile pour des femmes enceintes ou qui présentent des facteurs de risque pour le développement du fœtus et de l'enfant. Le suivi peut se faire dès la 12<sup>e</sup> semaine de grossesse et jusqu'à 5 ans de vie de l'enfant.

## Qui peut profiter de ces services?

Les SIPPE s'adressent à deux groupes de clientèle :

(1) les femmes enceintes et les mères de 19 ans et moins, et (2) les femmes enceintes et les mères sous le seuil de faible revenu ET n'ayant pas complété leur secondaire V. L'accueil psychosocial des CLSC reçoit les demandes de référence.

## Quels sont les objectifs de ces SIPPE?

Ce programme du MSSS vise à :

- diminuer la mortalité et la morbidité chez les bébés à naître, les enfants, les femmes enceintes, les mères et les pères;
- favoriser le développement optimal des enfants;
- améliorer les conditions de vie des mères, des pères et des enfants.

Ces services sont recommandés comme pratique préventive auprès de ces clientèles à risque et sont soutenus par la Direction de santé publique de la Montérégie.

## Ces services sont-ils fondés sur des bases scientifiques?

Les découvertes récentes en neurosciences confirment que les premières années du développement (de la grossesse à l'âge de six ans) posent les fondements des compétences, des capacités d'adaptation, des facultés cognitives, du comportement et de la santé de l'individu (McCain & Mustard, 1999). Par conséquent, le manque de soins et l'absence ou le manque de stimulations positives pendant la petite enfance peuvent avoir des conséquences déterminantes sur le développement, la santé et le bien-être ultérieurs de l'enfant. Deux des déterminants ayant une influence importante sur le développement (physique, psychologique) et l'adaptation sociale des enfants sont la pauvreté et le jeune âge des parents.

## Pour plus de renseignements :

Vous pouvez contacter Malorie Toussaint-Lachance à la Direction de santé publique de la Montérégie, au 450 928-6777 poste 3012.

# La déclaration MADO, j'en fais mon affaire

Les maladies à déclaration obligatoire (MADO) d'origine chimique sont les méconnues de la liste des MADO. Que l'on parle d'un produit chimique présent dans le milieu de travail ou encore d'un contaminant utilisé dans le cadre d'une activité de loisir, les expositions peuvent mener à des intoxications des plus diversifiées. Le professionnel de la santé doit se rappeler qu'il existe un nombre de définitions nosologiques existantes et, qu'en parallèle, un diagnostic clinique reposant sur son jugement est tout à fait approprié comme déclaration.

Il faut retenir que la déclaration d'une MADO constitue une obligation légale pour les médecins et les dirigeants de laboratoire et de département de biologie médicale en vertu de la Loi sur la santé publique (L.R.Q., c. S-2.2, a.82). La déclaration est un acte médical à part entière.

L'ajout de questions complémentaires au questionnaire médical peut être la clé dans l'identification d'une intoxication d'origine chimique. L'occupation du patient, ses habitudes de vie, ses loisirs, son milieu de vie sont des pistes susceptibles d'orienter le professionnel dans sa recherche. Que l'on parle d'intoxication au mercure suivant la consommation de poisson ou encore de l'intoxication au plomb par la pratique

du tir au fusil, seul un questionnaire ouvrant sur les habitudes et activités de l'individu peut mener à l'identification d'une exposition.

Déclarer la MADO chimique permet aux instances de santé publique d'orienter leurs activités en lien avec les problématiques identifiées comme prioritaires. Vos déclarations permettent ainsi d'aiguiller nos interventions et de mieux intervenir au niveau populationnel. Par exemple, une campagne annuelle provinciale sur l'intoxication au monoxyde de carbone (CO) a pour but de prévenir les décès reliés au tueur silencieux qu'est le CO.

Ces quelques minutes que vous prenez pour nous acheminer les informations sont primordiales : la déclaration des MADO, ça nous concerne tous!

Formulaires disponibles au 450 928-3231 ou au 1 800 265-6213 ou sur le site [www.msss.gouv.qc.ca/documentation/index.php](http://www.msss.gouv.qc.ca/documentation/index.php)

Chantal Bonneau, Inf. B. Sc.  
Responsable des maladies à déclaration obligatoire d'origine chimique DSP de la Montérégie

 TÉLÉPHONE  
450 928-3231  
1 800 265-6213

 COURRIER  
DSP de la Montérégie  
1255, rue Beaugard Longueuil (Québec) J4K 2M3

 TÉLÉCOPIEUR DÉDIÉ  
450 928-3023

# Une nouvelle unité de médecine familiale (UMF) dans un milieu régional...

*un souffle de jeunesse!*



Le 1<sup>er</sup> juillet 2008, l'UMF Richelieu-Yamaska accueillait ses 6 premiers résidents. La réalisation de cette UMF est le fruit d'un travail d'équipe : l'administration de notre CSSS, les médecins de famille déjà fortement sollicités en cette période de pénurie, les médecins spécialistes et plusieurs professionnels de la santé de notre milieu.

Cette arrivée de futurs jeunes collègues a apporté un vent de dynamisme, de curiosité scientifique, des pluies de questions sur l'éthique et la confidentialité. De plus, elle crée aussi certaines « turbulences internes » pour les médecins superviseurs, lorsqu'ils se questionnent sur les détails plus fins des mécanismes physiopathologiques des pathologies rencontrées... avant de questionner les résidents.

Comme une station de météo, le temps change... Des éclairs... générationnels nous interpellent... tout en réalisant que nous, les superviseurs, n'avons pas trouvé la fontaine de Jouvence et que nous devons nous aussi nous ramener à l'ordre - redéfinir nos priorités - s'assurer de rester en santé et en équilibre, à l'exemple de notre relève qui nous donne aussi, à leur tour, de bonnes leçons de vie!

Nous sommes très heureux et fiers de notre équipe de 13 résidents ainsi que des externes en médecine familiale et obstétrique. Ils apprécient beaucoup notre milieu régional, riche en expositions cliniques et ils sont convaincus que c'est la meilleure modalité d'attractivité en médecine familiale. Alors, espérons que nous aurons un « tsunami » de jeunes médecins de famille déferlant dans notre milieu...

D<sup>re</sup> Jocelyne Bonin  
Directrice, UMF Richelieu-Yamaska  
Coordonnatrice enseignement pré et post-doctorale

Les principales fonctions retenues pour le guichet d'accès sont les suivantes :

- Recevoir les demandes de services des partenaires de 1<sup>re</sup> ligne et de 2<sup>e</sup> ligne (transfert des clients stabilisés) et les traiter promptement.
- Contacter les usagers, les référents et les personnes concernées et recueillir les informations pertinentes au besoin.
- Évaluer les besoins, identifier et orienter vers les services requis.
- Consulter et faire participer la famille et les proches avec l'accord de l'utilisateur, lorsque nécessaire.
- Diriger rapidement vers la 2<sup>e</sup> ligne au besoin.
- Donner une rétroaction au référent et à l'utilisateur.
- Gérer la liste d'attente selon les délais d'accès du Plan d'action (délai de réponse à la demande de consultation 7 jours, délai pour le traitement 30 jours).

Dans la phase de déploiement des équipes de 1<sup>re</sup> ligne, les adultes aux prises avec des troubles mentaux modérés (troubles anxieux et troubles dépressifs et vus en cabinets privés et en GMF) devraient être référés aux guichets d'accès dans la perspective d'avoir accès à une psychothérapie, un suivi psychosocial ou tout autre service clinique identifié offert en complémentarité avec le traitement déjà offert.

Parmi les défis majeurs à relever, nous retenons déjà deux résultats prometteurs :

1. Une entente vient d'intervenir entre le Ministère, la Fédération des médecins spécialistes du Québec et l'Association des médecins psychiatres du Québec pour la mise en place de la fonction de psychiatre-répondant pour offrir du soutien clinique aux omnipraticiens GMF et aux pédiatres ainsi que de la consultation téléphonique.
2. La consolidation des services de 1<sup>re</sup> ligne en 2009-2010 devrait nous permettre d'avoir, d'ici mars 2010, 120 postes d'intervenants cliniques santé mentale dans les équipes de 1<sup>re</sup> ligne et de rejoindre 7 500 adultes.

Pour actualiser le modèle retenu, les CSSS doivent préciser à court terme les modèles ou stratégies pour rendre opérationnels les soins en collaboration dont les ingrédients de base sont :

- L'adhésion des omnipraticiens et des GMF.
- La formation sur les meilleures pratiques (guides de pratiques sur les troubles anxieux et dépressifs) et la formation continue.
- Le soutien clinique aux intervenants de 1<sup>re</sup> ligne.
- Un accès rapide aux services de 1<sup>re</sup> et de 2<sup>e</sup> ligne en santé mentale de manière à favoriser l'adoption et l'implantation des stratégies complexes d'amélioration de la qualité des soins.

Michel Gontier, DGACPR  
ASSS de la Montérégie



# Les ordonnances collectives, *un outil à adopter*

**Vous entendez parler des ordonnances collectives depuis un certain temps. Mais d'où ça vient? À quoi ça sert? Qui peut les utiliser? Et finalement, existe-t-il une banque de ces ordonnances, afin de ne pas réinventer la roue dans chacun des milieux? Cet article donnera les réponses à ces questions et même plus!**

Tout d'abord, les ordonnances collectives découlent de la Loi 90, adoptée en 2002 et mise en application en 2005. Cette loi touche 11 professions et veut reconnaître les compétences des professionnels visés, favoriser leur responsabilité et leur autonomie et faciliter la collaboration interprofessionnelle afin de répondre le mieux possible aux besoins des clientèles.

L'ordonnance collective est un outil qui remplace à toutes fins pratiques les actes délégués que plusieurs d'entre vous connaissent. Elle aide certains professionnels à effectuer des activités auprès de clientèles identifiées, sans que celles-ci ne soient vues par un médecin préalablement, ce qui favorise l'optimisation des soins, surtout pour le suivi des maladies chroniques. Plus particulièrement, elles permettent d'initier des mesures diagnostiques, d'initier ou d'ajuster une médication. Par exemple, une infirmière pourra faire des prélèvements sans qu'un médecin ait vu le patient, elle pourra ajuster un médicament pour un patient, par exemple l'anti-coagulothérapie et ce, de façon sécuritaire.

Il est important de préciser que les professionnels sont responsables s'ils commettent une erreur dans l'application d'une ordonnance collective bien rédigée. Par contre, si un professionnel fait son travail dans les règles de l'art mais qu'il y a une erreur dans le contenu de l'ordonnance, ce sont les médecins qui sont responsables.

Les ordonnances collectives peuvent être utilisées dans tous les milieux. Plusieurs cliniques et CSSS en ont déjà mises en application, notamment pour l'hypertension, le diabète, l'ajustement d'INR ou d'insuline, etc. De plus, les infirmières des guichets d'accès pour les clientèles orphelines peuvent se servir d'ordonnances pour compléter des bilans pour l'HTA,

le diabète, les dyslipidémies, les MCAS et les MPOC avant la visite du patient au médecin.

Il est possible de trouver sur le site de l'Agence des exemples d'ordonnances collectives dont vous pouvez vous inspirer, qui nous ont été envoyées par les milieux qui ont accepté de les partager, et que nous remercions particulièrement. Il est important de les adopter localement afin de s'assurer que tous les éléments sont conformes et peuvent s'appliquer dans votre milieu. En effet, en aucun cas, il ne s'agit d'ordonnances approuvées par des institutions provinciales. Pour voir la liste à partir de l'adresse <http://www.santemonteregie.qc.ca/agence/index.fr.html>, il faut aller sous réseau et partenaires, puis DRMG, puis outils et publications.

Dans le contexte actuel de surcharge de travail, il est important que chaque professionnel puisse utiliser ses compétences le mieux possible et chaque professionnel devrait se concentrer sur les activités qui lui sont réservées. Finalement, il existe une formation offerte aux médecins, infirmières et pharmaciens des CSSS, des GMF et des cliniques qui ont besoin d'information sur la façon d'écrire une ordonnance collective. Celle-ci est donnée conjointement par un médecin et une infirmière. Si vous êtes intéressé, vous pouvez communiquer par courriel à mon adresse [j.lajeunesse@rrsss16.gouv.qc.ca](mailto:j.lajeunesse@rrsss16.gouv.qc.ca) ou avec Dr Claude Guimond, directeur adjoint de la formation professionnelle à la FMOQ ([c.guimond@fmoq.org](mailto:c.guimond@fmoq.org)).

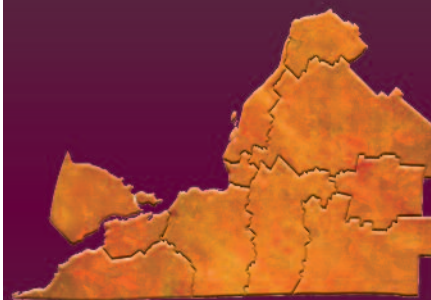
L'ordonnance collective n'est évidemment pas le seul outil aidant au développement de la collaboration interprofessionnelle, mais elle peut grandement servir à encadrer de nouvelles pratiques. Et bien que présentement nous soyons tous interpellés par la grippe, je vous rappelle que nous demeurons disponibles pour répondre à vos questions sur ce sujet, maintenant et dans le futur...

**Julie Lajeunesse**  
Médecin-conseil, DAMUPP  
ASSS de la Montérégie

**Nous vous rappelons que les ordonnances collectives sont accessibles sur le site Web de l'Agence, section DRMG, à cette adresse : [http://extranet.santemonteregie.qc.ca/drmg\\_contenu.html](http://extranet.santemonteregie.qc.ca/drmg_contenu.html)**

## LE PROJET **CoMPAS**

Un projet novateur de pratique réflexive en Montérégie



Depuis bientôt un an et demi, les membres du projet CoMPAS s'activent à faire de ce projet une des clés de l'amélioration des pratiques en regard des maladies chroniques.

Rappelons quelques grandes lignes du projet : l'élément central est de fournir, aux médecins de famille d'un territoire précis, des données touchant la consommation des soins et leurs pratiques, par exemple pour le diabète, et d'utiliser cet outil afin de bâtir des activités d'amélioration de la qualité centrées sur les besoins identifiés. Les bases de données serviraient dans un deuxième temps à mesurer les effets des différentes actions entreprises.

Ces données recueillies présentent en quelque sorte les résultats concrets découlant des interventions des médecins de famille dans chacun des territoires de réseaux locaux de service. Le domaine des maladies chroniques, notamment, le diabète, la MPOC, les MCAS est un champ très pertinent car il occupe une part importante du travail des médecins de famille. Le projet s'est donc donné ce champ d'étude comme mission initiale.

Une des premières tâches du groupe a été justement de regarder quelles données intéressent les médecins : une série d'indicateurs dénominalisés et encryptés puisés dans l'immense réservoir de données que constituent entre autres la banque RAMQ, le ICLSC, la banque MedEcho a donc été établie. La liste d'indicateurs touchant par exemple le nombre de visites par médecin pour le diabète, le taux de prescriptions d'inhibiteur de l'enzyme de conversion, le taux de rétinopathie a été passée au peigne fin par un comité scientifique d'experts qui se sont penchés autant sur la valeur des indicateurs que sur la justesse et la robustesse des données.

Nous sommes maintenant à la phase cruciale du projet. C'est dans cette phase que vous, les médecins de la Montérégie, serez interpellés. Dès le printemps 2010, un atelier interactif sera mis à la disposition de vos organisations locales (DMRG, éducation médicale continue). Cet atelier, une première au Québec, portera sur l'approche réflexive en matière de diabète. Pendant cette formation interactive, les données touchant votre propre territoire vous seront dévoilées et vous permettront de tracer les actions à entreprendre, soit pour consolider les points forts de vos secteurs en matière de soins pour diabétiques, soit pour corriger certaines lacunes.

Cet atelier est actuellement en voie d'élaboration. La FMOQ, de par son expertise reconnue dans le domaine de la formation continue, est le maître d'œuvre de la « fabrication de cet atelier » en collaboration avec le comité de pilotage de notre projet.

Pour nous qui faisons partie de ce projet depuis ses débuts, nous sommes très enthousiastes et nous avons hâte de le voir prendre son envol dans chacun des territoires!



**Michel Camirand**,  
chef de projet  
Président, comité  
sur l'organisation  
des services médicaux  
de 1<sup>re</sup> ligne