



LES SERVICES GÉNÉRAUX DANS LA RÉGION DE MONTRÉAL

Rapport et recommandations du Comité directeur
Programme Services généraux



LES SERVICES GÉNÉRAUX

DANS LA RÉGION DE MONTRÉAL

Rapport et recommandations du Comité directeur
Programme Services généraux

Les services généraux dans la région de Montréal
est une production de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.

3725 rue Saint-Denis
Montréal (Québec) H2X 3L9
514-286-6500
santémontreal.qc.ca

Présidence

Dr Jacques Ricard, directeur général adjoint par intérim et directeur des services généraux
et des maladies chroniques, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

Coordination

Sylvie St-Pierre, coordonnatrice, Direction des services généraux et des maladies chroniques,
Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

Recherche et rédaction

Joanne Bélanger, agente de planification, programmation et recherche, Direction des services généraux et des
maladies chroniques, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

Carole Gessoney, agente de planification, programmation et recherche, Direction des services généraux et des
maladies chroniques, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

Membres du comité

Daniel Corbeil, directeur général,
CSSS Lucille-Teasdale (représentant pôle 1)

Sylvie Simard, directrice générale,
CSSS Jeanne-Mance (représentante pôle 2)

Yves Masse, directeur général,
CSSS Dorval-Lachine-LaSalle (représentant pôle 3)

Marc Sougavinski, directeur général,
CSSS de la Montagne (représentant pôle 4)

Monique Corbeil, directrice générale,
CSSS du Cœur-de-l'Île (représentante pôle 5)

Benoit Morin, directeur général,
CSSS de l'Ouest-de-l'Île (représentant pôle 6)

Dr Richard Bergeron, adjoint médical au directeur, Direction des services généraux
et des maladies chroniques, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

Christiane Barbeau, coordonnatrice, Direction des services généraux et des maladies chroniques,
Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.

Ce document est disponible en ligne à la section documentation
du site Web de l'Agence : agence.santemontreal.qc.ca

© Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 2014

978-2-89510-827-6
Dépôt légal – Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2014

MOT DU DIRECTEUR

Les meilleurs systèmes de santé au monde ont comme base d'organisation de services, les services de première ligne. Les services généraux dans notre réseau québécois, bien souvent méconnus et mal compris, constituent une pierre angulaire de cette première ligne.



Il est, en ce sens, capital de s'assurer que toute la gamme des services généraux jugée essentielle à la population soit accessible à tous sur le territoire de Montréal, que les personnes soient inscrites ou non auprès d'un groupe de médecine de famille (GMF).

L'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal réaffirme encore une fois, avec la publication de ce rapport et de ces recommandations, que l'organisation et la performance des services de première ligne sont définitivement une priorité pour Montréal.

Comme beaucoup d'acteurs du réseau de la santé et des services sociaux, j'aspire à une première ligne forte, organisée et coordonnée : elle mettrait à la disposition de chaque individu, au moment opportun, le bon service à l'endroit approprié pour répondre à ses besoins et à sa condition. La force de cette première ligne résiderait dans une prise en charge rapide et fluide, notamment celle des personnes les plus vulnérables de notre société.

Les premières actions à mener consistent à harmoniser l'offre de services ainsi que les pratiques cliniques et administratives avec tous les partenaires de la première ligne, afin d'améliorer l'efficacité des services autant pour les patients que pour les médecins de famille. Nous croyons de plus que la période de grands changements actuels est propice à des démarches d'harmonisation. Les six directeurs généraux des centres de santé et des services sociaux (CSSS) qui ont participé à l'élaboration de ce rapport, ainsi que le Comité de gestion du réseau montréalais, ont été unanimes quant à la nécessité de mener ces travaux et à leur priorité dans le contexte montréalais.

Je remercie personnellement l'équipe de la coordination de la première ligne de l'Agence de Montréal ainsi que les six directeurs généraux des CSSS qui ont participé activement à la rédaction de ce rapport, et souhaite que ce rapport soit un pas de plus vers une première ligne montréalaise forte et intégrée.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Jacques Ricard', with a stylized flourish at the end.

Jacques Ricard, M.D., M.Sc.
Directeur général adjoint par intérim
Directeur des services généraux et des maladies chroniques

SOMMAIRE EXÉCUTIF

Dans le cadre de travaux visant à revoir l'organisation des services généraux, le mandat a été donné à la Direction des services généraux et des maladies chroniques (DSGMC) de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (Agence de Montréal) d'entreprendre une réflexion en collaboration de directeurs généraux de centres de santé et de services sociaux (CSSS) représentant les différents pôles de Montréal. À ce titre, six directeurs ont été désignés pour faire partie du *Comité directeur – Programme Services généraux* (Comité directeur) et participer à cette réflexion.

Les travaux du Comité directeur ont porté essentiellement sur les deux volets suivants du programme Services généraux :

- Activités médicales (groupes de médecine de famille (GMF), cliniques-réseau (CR), cliniques-réseau intégrées (CRI), cabinets médicaux et centres locaux de services communautaires (CLSC));
- Activités cliniques et d'aide du programme Services généraux.

Le présent rapport vise donc à faire état des réflexions du *Comité directeur – Programme Services généraux* et de ses recommandations au regard des orientations à privilégier pour les prochaines années, plus précisément quant au renforcement et à l'accessibilité des services médicaux de première ligne ainsi qu'à la consolidation des activités cliniques et d'aide offertes par les CSSS dans le cadre des services généraux.

RECOMMANDATION NUMÉRO 1

PLANIFICATION STRATÉGIQUE 2015-2020

- d'inscrire les présents travaux à l'intérieur de la planification stratégique régionale 2015-2020;
- de faire de l'accessibilité et de la continuité aux soins et services de première ligne une priorité régionale;
- d'assurer la complémentarité entre les services généraux dispensés par les CSSS et les cliniques médicales de première ligne (GMF, CR, cabinet médical, CLSC, etc.);
- d'intégrer à la planification stratégique régionale 2015-2020, les objectifs suivants :
- Déterminer l'offre des services généraux et harmoniser le tronc commun entre les CSSS;
- Améliorer la fluidité des corridors entre les services de première, de deuxième et de troisième ligne;
- Assurer l'accès à des programmes intégrés et harmonisés de la gestion des maladies chroniques (*La prévention et la gestion des maladies chroniques : une priorité pour le réseau montréalais. Modèle montréalais et plan d'action 2011-2015*).

RECOMMANDATION NUMÉRO 2

VOLET : ACTIVITÉS MÉDICALES DE 1^{RE} LIGNE (PARTENARIAT CSSS/CLINIQUES MÉDICALES)

Le Comité directeur recommande :

- De favoriser l'inscription et la prise en charge de la clientèle par un médecin du territoire;
- De prioriser la prise en charge des clientèles vulnérables en fonction du portrait de la population du territoire de CSSS, avec une attention particulière pour celles présentant des problématiques de santé mentale et de maladies chroniques et les personnes âgées;
- De se doter de leviers afin que les CSSS et les cliniques médicales assument communément la responsabilité populationnelle et puissent ainsi répondre ensemble aux besoins de la population;
- Que les CSSS apportent leur soutien au département régional de médecine générale (DRMG) dans l'exercice de ses responsabilités quant au plan régional des effectifs médicaux et au plan régional d'organisation des services médicaux généraux;
- D'assurer l'adaptation des CSSS aux différents modèles d'organisation médicale présents sur leurs territoires;
- De poursuivre le développement de nouveaux GMF;
- De poursuivre le développement de GMF/CR (double statut), notamment en favorisant l'ajout du statut de GMF à l'ensemble des CR;
- De maintenir le moratoire quant au développement des CRI;
- De statuer sur l'avenir des 4 CRI existantes;
- De prendre en compte les besoins populationnels des CSSS advenant l'octroi de nouvelles ressources aux cliniques médicales de leurs territoires.

RECOMMANDATION NUMÉRO 3

VOLET : ACTIVITÉS CLINIQUES ET D'AIDE (CSSS)

Le Comité directeur recommande :

- De favoriser l'inscription et la prise en charge de la clientèle par un médecin du territoire;
- De prioriser la prise en charge des clientèles vulnérables en fonction du portrait de la population du territoire de CSSS, avec une attention particulière pour celles présentant des problématiques de santé mentale et de maladies chroniques et les personnes âgées;
- De se doter de leviers afin que les CSSS et les cliniques médicales assument communément la responsabilité populationnelle et puissent ainsi répondre ensemble aux besoins de la population;
- Que les CSSS apportent leur soutien au département régional de médecine générale (DRMG) dans l'exercice de ses responsabilités quant au plan régional des effectifs médicaux et au plan régional d'organisation des services médicaux généraux;
- D'assurer l'adaptation des CSSS aux différents modèles d'organisation médicale présents sur leurs territoires;
- De poursuivre le développement de nouveaux GMF;
- De poursuivre le développement de GMF/CR (double statut), notamment en favorisant l'ajout du statut de GMF à l'ensemble des CR;
- De maintenir le moratoire quant au développement des CRI;
- De statuer sur l'avenir des 4 CRI existantes;
- De prendre en compte les besoins populationnels des CSSS advenant l'octroi de nouvelles ressources aux cliniques médicales de leurs territoires.

RECOMMANDATION NUMÉRO 4

HIÉRARCHISATION ET PROXIMITÉ DES SERVICES

Le Comité directeur recommande à l'Agence de Montréal que des travaux soient entrepris afin d'examiner l'offre de services des cliniques externes des Centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS), Centres hospitaliers universitaires (CHU) et Centres hospitaliers ambulatoires (CHA) et d'évaluer la pertinence et la faisabilité de transférer certains services en première ligne, dans le but de respecter les principes essentiels de proximité et de hiérarchisation des services.

TABLE DES MATIÈRES

Mot du directeur	i
Sommaire exécutif	ii
Liste des recommandations	ii
Contexte	1
Le programme Services généraux	3
Démarches	5
Synthèse des enjeux et des constats	6
Planification stratégique 2015-2020	6
Volet : Activités médicales DE 1 ^{RE} LIGNE (PARTENARIAT CSSS/CLINIQUES MÉDICALES)	7
Volet : Activités cliniques et d'aide (CSSS)	10
Recommandations relatives à la hiérarchisation et la proximité des services (cliniques externes)	12
Conclusion	13
Références	14
Annexes	15
FICHE 1 — État de situation des GMF et Cliniques-réseau intégrés	16
FICHE 2 — Portrait des services généraux dans les CSSS de Montréal	18
FICHE 3 — Analyse des données financières et opérationnelles des services généraux	20
FICHE 4 – Données sur les services médicaux de première ligne à Montréal	21
1. Portrait des inscriptions auprès d'un médecin de famille et de la prise en charge des clientèles vulnérable	21
2. Portrait des guichets d'accès pour la clientèle orpheline (GACO)	23
3. Consultations aux urgences à Montréal	24
Exemple de fiche descriptive d'activité	25
Organigramme – Structure des comités	26

CONTEXTE

En 2000, la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux (commission Clair)¹, pose un diagnostic sévère sur l'organisation des services de première ligne du Québec et propose une réorganisation qui tiendra compte « de la double réalité actuelle des CLSC et des cabinets de médecins ».

En réponse à ces recommandations, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) privilégie dans un premier temps le déploiement du modèle d'organisation médicale en émergence : les GMF².

En 2003, en plus de confier la responsabilité populationnelle aux CSSS, l'adoption de la loi 25 vient confirmer l'importance d'assurer l'accès aux services de première ligne à la population, et confie aux CSSS le mandat d'animer le réseau local de services (RLS) et de développer l'accessibilité à la première ligne.

Moins d'un an plus tard, le MSSS reconfigure entièrement l'architecture des services de santé et services sociaux, passant d'un modèle d'organisation de programmes clientèles à un modèle de programmes-services³. Deux des neuf programmes-services sont entièrement dédiés à la première ligne et destinés à la population en général : le programme Santé publique et le programme Services généraux⁴. Les sept autres programmes répondent à des personnes ayant des problématiques particulières (ex. : déficience physique (DP), déficience intellectuelle, dépendances, soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA), etc.).

Chacun de ces programmes offre également des services dits « spécifiques » de première ligne⁵ qui sont généralement des services de longue durée, contrairement aux services généraux qui répondent essentiellement à des besoins ponctuels et aigus.

Ces années sont aussi celles où les CSSS, nés des fusions d'établissement, poursuivent le virage ambulatoire avec pour conséquence la nécessité pour les soins à domicile et les services de santé courant des CLSC de prendre de nouveaux mandats (ex : guichet d'accès pour la clientèle orpheline (GACO), gestion des maladies chroniques), de desservir un volume accru de clientèle, d'offrir des soins de plus en plus complexes à une clientèle plus lourde, nécessitant plus de temps-patient et une augmentation du coût des fournitures médicales (thérapie intraveineuse, pansement : vac-thérapie/Profore, etc.). Au cours de cette même période, on voit s'intensifier le développement du modèle GMF.

Que l'organisation d'un réseau de première ligne constitue l'assise principale du système de services de santé et de services sociaux;

Que ce réseau soit formé à partir de la double réalité actuelle des CLSC et des cabinets de médecins;

Que le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) précise le mandat du CLSC en vue d'offrir un ensemble minimal commun de services de base partout au Québec;

Que le volet médical de ce réseau de première ligne soit assumé par des groupes de médecine de famille (GMF) composés de médecins omnipraticiens travaillant en groupe, en cabinet ou en CLSC, avec la collaboration d'infirmières cliniciennes ou praticiennes;

Que ces groupes soient responsables d'une gamme de services définis auprès d'une population de citoyens qui les auront choisis.¹

1. Québec. Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux (2000), recommandations 2,3 et 4.

2. Québec. Ministère de la santé et des services sociaux (2008).

3. Québec. Ministère de la santé et des services sociaux (2004 a).

4. Québec. Ministère de la santé et des services sociaux (2004 b).

5. Québec. Ministère de la santé et des services sociaux (2004 a), p.6.

Pour le développement des services médicaux de première ligne, la région de Montréal choisit de mettre en place une stratégie à trois volets^{6,7} :

- Continuer les efforts de promotion du modèle GMF et réaliser éventuellement les objectifs d'implantation généralisée de GMF pour l'ensemble du territoire;
- Implanter un mode de coordination et d'accessibilité des services médicaux de première ligne avec les RLS (CR);
- Développer un modèle d'organisation médicale favorisant la prise en charge des clientèles vulnérables, modèle qui, en plus d'assurer le mandat GMF et CR, prévoit l'intégration d'une équipe multidisciplinaire issue des CSSS (infirmière, kinésiologue, nutritionniste, psychologue, travailleur social, inhalothérapeute, etc.) dédiée principalement à la gestion des maladies chroniques : le modèle « GMF et CRI ».

L'objectif était alors d'implanter une soixantaine de CRI sur le territoire montréalais de manière à ce que l'ensemble de la population y ait accès. Les CSSS devaient s'assurer de la complémentarité des services entre les services généraux et les CRI de leur territoire et d'apporter les ajustements requis notamment avec le programme Services généraux⁸.

Au cours des deux dernières années, plusieurs états de situation (Annexes 1 à 5) ont permis de faire le point sur le niveau d'actualisation du programme Services généraux – volet activités cliniques et d'aide à Montréal et sur le niveau d'implantation des stratégies régionales de développement des services médicaux généraux. Suite au dépôt de ces états de situation, l'Agence de Montréal, de concert avec le Comité de gestion du réseau montréalais (CGRM), a décidé de se pencher sur les enjeux actuels et de revoir les orientations régionales pour les prochaines années. Le moment apparaît particulièrement opportun puisqu'il coïncide avec la démarche de planification stratégique 2015-2020.

Le mandat a donc été donné à la DSGMC de l'Agence de Montréal d'entreprendre cette réflexion en collaboration avec un comité composé de directeurs généraux de CSSS.

À ce titre, six directeurs représentant les différents pôles de Montréal ont été désignés pour faire partie du *Comité directeur – programme Services généraux* et participer à cette réflexion. Les travaux du comité ont porté essentiellement sur les deux volets suivants du programme Services-généraux :

- Activités médicales (GMF, CR, CRI, cabinets médicaux et CLSC);
- Activités cliniques et d'aide du programme Services-généraux.

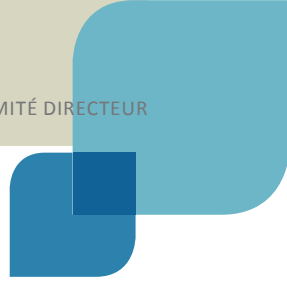
En cours de travaux, la question du développement des cliniques externes des CHSGS, CHU et des CHA a également été soulevée. Bien que cette problématique ne puisse être traitée en priorité dans le cadre du mandat du présent comité, ses membres ont convenu de l'importance d'adresser cette question ultérieurement. Cette question fera donc l'objet d'une recommandation particulière de ce rapport.

Le présent rapport vise donc à faire état des réflexions du *Comité directeur – programme Services-généraux* et de ses recommandations au regard des orientations à privilégier pour les prochaines années, plus précisément quant au développement des services médicaux de première ligne et à la consolidation des activités cliniques et d'aide offertes par les CSSS dans le cadre des services généraux. Il sera déposé à l'Agence de Montréal et au CGRM qui décidera de la suite à y donner.

6. Agence de Montréal (2006), p.2.

7. Agence de Montréal (2008), p.2.

8. Agence de Montréal (2011), p.32 et 55.



LE PROGRAMME SERVICES GÉNÉRAUX

Les services généraux sont des services de première ligne qui visent essentiellement à répondre à des problématiques de santé ou des problématiques sociales usuelles et variées. Ils s'adressent à toute la population et répondent « à un besoin de maintien ou d'amélioration de la santé et du bien-être, ou encore, à des problèmes généralement ponctuels, qui peuvent aussi être de nature aiguë et réversible »⁹. Deux documents ministériels, l'un publié en 2004¹⁰ et l'autre publié en 2013¹¹, font état de la gamme de services attendus des CSSS.

On distinguera ici trois volets aux services généraux : les activités médicales, les activités cliniques et d'aide et les activités de santé publique.

Les activités de santé publique concernant les interventions de promotion, de prévention et de protection, ne seront pas incluses dans la présente démarche. Le comité s'en tiendra donc aux deux premiers volets.

Le volet relatif aux « activités cliniques et d'aide » abordées ici, réfère principalement, mais non exclusivement, aux services suivants :

- Services d'accueil, analyse, orientation et référence (santé et social);
- Soins infirmiers avec ou sans rendez-vous incluant les services post hospitaliers, ambulatoires et à domicile et en milieu scolaire;
- Consultations sociales, psychologiques et intervention de crise dans le milieu 24/7;
- Interventions en matière de sexualité, de planification des naissances, de suivi pré et post interruption volontaire de grossesse (IVG), ainsi que la visite systématique postnatale et post-adoption, le soutien à l'allaitement maternel et autres services auprès des parents, du nourrisson et du jeune enfant et le service de sage-femme;
- Services de physiothérapie et de nutrition en ambulatoires et à domicile;

Le volet relatif aux activités médicales réfère quant à lui aux services médicaux offerts en première ligne, comprenant l'évaluation de l'état de santé, le diagnostic et le traitement des problèmes de santé aigus et chroniques, la prise en charge et le suivi appropriés à la condition de santé de la personne.

Définition des services de première ligne⁹ :

- *Requièrent des conditions d'accès faciles, prévisibles, clairement identifiées et connues des usagers et offrent généralement un accès direct aux services;*
- *Requièrent des intervenants ou des équipes d'intervenants ayant des compétences professionnelles générales et diversifiées qui font appel à des outils d'intervention courants;*
- *Requièrent une infrastructure et des technologies légères;*
- *Requièrent des intervenants une prise en charge, souvent continue, de la personne;*
- *Requièrent une continuité informationnelle, c'est-à-dire l'accès pour les intervenants à l'information et aux connaissances pertinentes sur la personne;*
- *Requièrent une continuité relationnelle, c'est-à-dire une relation suivie, constante et de qualité, entre la personne et les intervenants;*
- *Se manifestent par une dispensation directe de services aux personnes.*

9. Québec. Ministère de la santé et des services sociaux (2004 b), p. 171.

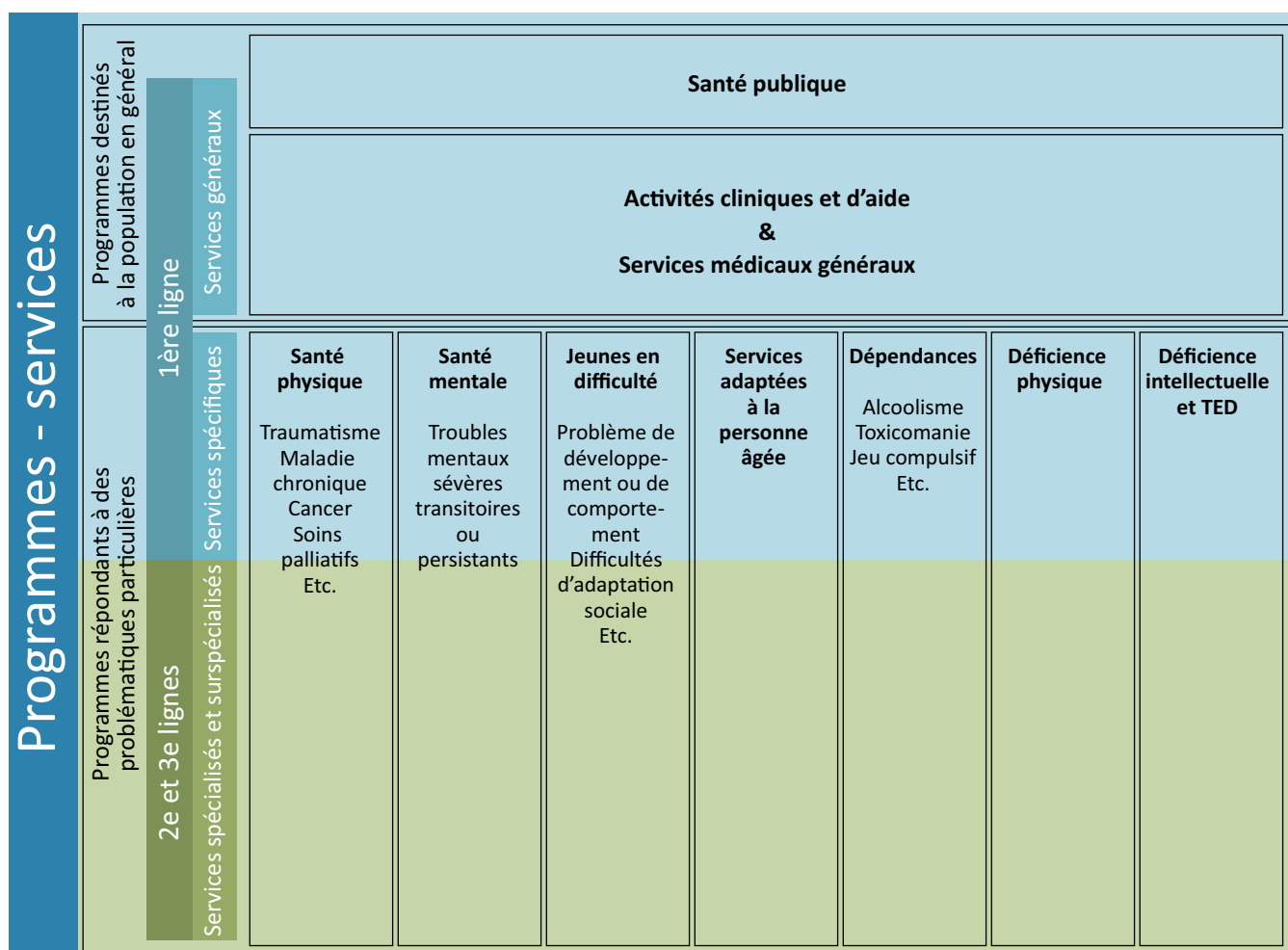
10. Québec. Ministère de la santé et des services sociaux (2004 b).

11. Québec. Ministère de la santé et des services sociaux (2013).

Les soins de première ligne en santé mentale, les soins à domicile auprès de personnes en perte sévère d'autonomie et les soins pré et post-nataux font également partie de ces services¹², de même que la prévention de la santé. Il est à noter que les services de première ligne s'appuient également sur ce qu'on appelle les « services spécifiques » des programmes-services qui répondent aux besoins des personnes ayant des problématiques particulières (ex. : santé physique, DP, déficience intellectuelle, dépendances, etc.). Contrairement aux services généraux qui répondent à des besoins ponctuels et aigus, les services spécifiques de première ligne sont généralement continus et de longue durée¹³. Plusieurs de ces programmes s'affairent actuellement à préciser leurs offres de services spécifiques de première ligne.

Il semble y avoir une certaine méconnaissance quant au programme d'appartenance des clientèles présentant des maladies chroniques. Il est cependant clair dans l'architecture des services de santé et des services sociaux que les maladies chroniques, telles que le diabète, les maladies pulmonaires ou cardiovasculaires, etc., sont partie intégrante du programme Santé physique. De ce fait, on les retrouve autant en services spécifiques de première ligne, qu'en services spécialisés et surspécialisés de deuxième et de troisième ligne, tel qu'illustré ci-dessous. Ils sont toutefois fréquemment pris en charge par les équipes de services généraux dans les CLSC.

L'architecture des services de santé et des services sociaux

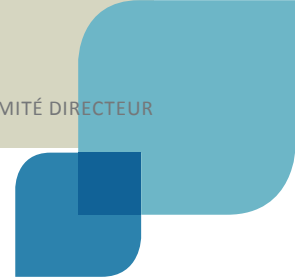


Source : Agence de Montréal, direction des services généraux et des maladies chroniques

L'architecture des services de santé et des services sociaux. Les programmes-services et les programmes-soutien, Québec, 2004

12. Québec. Ministère de la santé et des services sociaux (2006), p.30.

13. Québec. Ministère de la santé et des services sociaux (2004 b), p. 174.



DÉMARCHES

Dans la perspective d'une révision des orientations régionales de développement des services médicaux de première ligne et de l'harmonisation du tronc commun d'activités cliniques et d'aide prévu au programme Services-généraux, le Comité directeur a reçu le mandat de se pencher sur les enjeux stratégiques afin d'établir la vision et de transmettre les orientations qui guideront ultérieurement ces travaux.

En support à sa réflexion et à ses recommandations, le Comité directeur a notamment utilisé des états de situation réalisés par l'Agence de Montréal dont les synthèses sont disponibles en annexes (Annexes 1 à 5). Par ailleurs, le MSSS (et incidemment l'ensemble des établissements du réseau) étant actuellement en démarche de planification stratégique, il apparaissait également essentiel de profiter de cette opportunité pour l'intégrer à la présente démarche.

SYNTHÈSE DES ENJEUX ET DES CONSTATS

PLANIFICATION STRATÉGIQUE 2015-2020

Il est apparu comme une nécessité et une opportunité, d'intégrer aux réflexions et aux recommandations du comité directeur, la démarche ministérielle en cours de planification stratégique. Par cette intégration, le comité directeur espère aussi nourrir les réflexions de la planification stratégique régionale à venir et garantir la viabilité des travaux actuels et futurs. Notons d'entrée de jeu que la question de l'accessibilité aux soins et services de première ligne demeure une priorité gouvernementale et occupe une place prédominante dans la planification stratégique 2015-2020. Afin de donner à ce dossier une attention à la hauteur de son importance, le comité directeur propose que l'accessibilité aux soins et services généraux de première ligne soit également identifiée comme une priorité régionale. À cet égard, en plus des objectifs prévus par le MSSS pour accroître l'accessibilité de la première ligne, le comité directeur propose de rattacher à la planification régionale, des objectifs touchant tout spécifiquement les travaux à venir concernant le tronc commun d'activités cliniques et d'aide prévu aux services généraux. Le comité directeur souhaite que ce dossier soit aussi reconnu comme étant une priorité régionale qui recevra tout le soutien nécessaire à sa réalisation.

RECOMMANDATION NUMÉRO 1

PLANIFICATION STRATÉGIQUE 2015-2020

Le Comité directeur recommande :

- d'inscrire les présents travaux à l'intérieur de la planification stratégique régionale 2015-2020;
- de faire de l'accessibilité et de la continuité aux soins et services de première ligne une priorité régionale;
- d'assurer la complémentarité entre les services généraux dispensés par les CSSS et les cliniques médicales de première ligne (GMF, CR, cabinet médical, CLSC, etc.);
- d'intégrer à la planification stratégique régionale 2015-2020, les objectifs suivants :
 - Déterminer l'offre des services généraux et harmoniser le tronc commun entre les CSSS;
 - Améliorer la fluidité des corridors entre les services de première, de deuxième et de troisième ligne;
 - Assurer l'accès à des programmes intégrés et harmonisés de la gestion des maladies chroniques (La prévention et la gestion des maladies chroniques : une priorité pour le réseau montréalais. Modèle montréalais et plan d'action 2011-2015).

VOLET : ACTIVITÉS MÉDICALES DE 1^{RE} LIGNE (PARTENARIAT CSSS/CLINIQUES MÉDICALES)

Suite au dépôt des recommandations de la Commission Clair et aux orientations prises par l'Agence de Montréal en 2008, Montréal a vu s'implanter des GMF, CR et CRI sur son territoire. Au total, en mars 2014, Montréal compte 42 GMF, 30 CR et 4 CRI.

L'augmentation du nombre de GMF et de CR a eu un impact significatif et a impliqué des changements importants dans l'organisation des services médicaux entre 2003 et 2010. Ces changements se sont traduits en partie par une amélioration autant dans l'expérience de soins que dans l'utilisation des services¹⁴.

Malgré ces bénéfices, des problèmes d'accessibilité aux médecins de famille persistent à Montréal, autant pour les patients inscrits que pour les patients à la recherche d'un médecin de famille¹⁵. L'implantation des GACO au sein des CSSS a permis d'assurer un filet de sécurité aux patients vulnérables se cherchant un médecin de famille, mais n'a pas apporté tous les effets escomptés. En effet, certains guichets ont vu leur nombre de patients en attente croître considérablement dans les dernières années, la demande étant trop volumineuse au regard, suivant le territoire de CSSS, de la capacité des équipes GACO de traiter le flux de demandes et de la capacité de prise en charge des patients par les équipes médicales du territoire.

Par ailleurs, les données présentées à l'encadré ci-contre, témoignant du nombre important de personnes non inscrites auprès d'un médecin de famille et du nombre d'inscriptions auprès d'un médecin de famille hors GMF, attestent de la nécessité pour Montréal de prendre en compte les services offerts en dehors du modèle d'organisation médicale privilégié par le MSSS. Au regard des données sur les habitudes de consommation de services médicaux, la population montréalaise semble en effet, être moins attachée à une source habituelle de soins et donc au principe d'inscription auprès d'un médecin de famille.

Cela dit, nous observons une tension constante entre l'accessibilité et la continuité dans les modèles d'organisation de services médicaux de première ligne à Montréal. Alors que les médecins qui inscrivent des patients s'assurent de la continuité des soins et de la prise en charge globale des patients, leur accessibilité, notamment dans un court délai, demeure problématique.

L'analyse des données du territoire de Montréal a permis de mettre en évidence un certain nombre de faits importants¹⁵, dont :

- 48 % des Montréalais sont inscrits auprès d'un médecin de famille. Cette proportion est plutôt faible au regard de la moyenne provinciale qui s'établit à 64 %.
- 58 % de la population est inscrite auprès d'un médecin qui n'est pas membre d'un GMF.
- 45 % des patients inscrits auprès d'un médecin de famille dans une clinique médicale non GMF sont des patients vulnérables.
- 218 cliniques médicales sur le territoire de Montréal ne sont ni des GMF, ni des CR, et 194 d'entre elles sont formées de sept médecins et moins.
- 320 919 personnes se sont présentées dans les services d'urgences hospitalières de Montréal avaient un niveau de priorité bas (P4-P5) en 2013-2014.

14. Institut national de santé publique du Québec, Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services de Montréal, Centre de recherche de l'Hôpital Charles Le Moyne (2008).

15. Pour plus de détails, voir la fiche 4 en annexe.

Les CR qui avaient d'ailleurs été développées pour pallier aux problèmes d'accessibilité aux services médicaux avec et sans rendez-vous n'ont que partiellement résolu ce problème. Cela s'illustre entre autres par un flux élevé de patients dans les services d'urgences hospitaliers ayant un niveau de priorité bas (P4/P5), qui pourraient être pris en charge par les cliniques médicales de première ligne.

De son côté, le modèle CRI devait créer de véritables équipes multidisciplinaires regroupant des médecins et divers professionnels de la santé, et ayant la responsabilité d'une clientèle inscrite, notamment celles présentant des maladies chroniques. Il devait aussi favoriser une meilleure intégration entre les GMF, CR et le programme de services généraux des CSSS. Malheureusement, le contexte budgétaire qui prévaut depuis leur implantation n'a pas permis l'actualisation de la cible du développement de 60 CRI sur le territoire de Montréal.

LES ENJEUX LIÉS À LA RESPONSABILITÉ POPULATIONNELLE

Pour assumer pleinement leur responsabilité populationnelle, les CSSS doivent s'assurer de l'accessibilité de leurs services généraux de première ligne pour la population. Cependant, il a été constaté que l'offre de services des cliniques médicales ne s'est pas toujours développée en complémentarité avec l'offre de services généraux des CSSS. Cette situation s'explique en partie par une faible intégration des différents modèles d'organisation coexistant sur les territoires des CSSS, mais également par le fait que les CSSS et les cliniques médicales ne travaillent pas suffisamment en collaboration et selon des objectifs communs quant à la complémentarité et la coordination de l'offre de services sur un territoire. Aussi, il apparaît nécessaire de trouver un *modus operandi* afin que les CSSS et les cliniques médicales assument communément la responsabilité populationnelle et répondent aux besoins de toute la population avec les ressources mises à disposition des réseaux locaux de services.

Pour ce faire, il est souhaitable que les CSSS puissent apporter leur soutien au DRMG dans l'exercice de ses responsabilités, telles que définies aux alinéas 1 et 2 de l'article 417.2 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS), soit :

417.2. Dans le cadre des pouvoirs confiés à l'agence et dans le respect des responsabilités des établissements du territoire de celle-ci, le département régional de médecine générale exerce, sous l'autorité du président-directeur général, les responsabilités suivantes :

1° faire des recommandations sur la partie du plan régional des effectifs médicaux relative aux médecins omnipraticiens qui doit être élaborée conformément à l'article 377 et, une fois que le ministre a approuvé le plan, assurer la mise en place et l'application de la décision de l'agence relative à ce plan;

2° définir et proposer le plan régional d'organisation des services médicaux généraux lequel doit préciser, par territoire de RLS de santé et de services sociaux, les services dispensés à partir d'un cabinet privé, d'un centre local de services communautaires ou d'une clinique externe d'un centre hospitalier exploité par un établissement, la nature des services existants et attendus en termes d'accessibilité et de prise en charge des diverses clientèles et assurer la mise en place et l'application de la décision de l'agence relative à ce plan;

[...]

RECOMMANDATION NUMÉRO 2

VOLET : ACTIVITÉS MÉDICALES DE 1^{RE} LIGNE (PARTENARIAT CSSS/CLINIQUES MÉDICALES)

Le Comité directeur recommande :

- De favoriser l'inscription et la prise en charge de la clientèle par un médecin du territoire;
- De prioriser la prise en charge des clientèles vulnérables en fonction du portrait de la population du territoire de CSSS, avec une attention particulière pour celles présentant des problématiques de santé mentale et de maladies chroniques et les personnes âgées;
- De se doter de leviers afin que les CSSS et les cliniques médicales assument communément la responsabilité populationnelle et puissent ainsi répondre ensemble aux besoins de la population;
- Que les CSSS apportent leur soutien au DRMG dans l'exercice de ses responsabilités quant au plan régional des effectifs médicaux et au plan régional d'organisation des services médicaux généraux;
- D'assurer l'adaptation des CSSS aux différents modèles d'organisation médicale présents sur leurs territoires;
- De poursuivre le développement de nouveaux GMF;
- De poursuivre le développement de GMF/CR (double statut), notamment en favorisant l'ajout du statut de GMF à l'ensemble des CR;
- De maintenir le moratoire quant au développement des CRI;
- De statuer sur l'avenir des 4 CRI existantes;
- De prendre en compte les besoins populationnels des CSSS advenant l'octroi de nouvelles ressources aux cliniques médicales de leurs territoires.

VOLET : ACTIVITÉS CLINIQUES ET D'AIDE (CSSS)

En 2013, de concert avec la Table des DSG des CSSS, l'Agence de Montréal a réalisé un portrait de situation portant sur la gamme de services « activités cliniques et d'aide » prévue au programme Services généraux. Les conclusions issues de ce portrait démontrent :

- Une implantation partielle de l'offre de services généraux, telle que prévue par le MSSS en 2004;
- Une variabilité du type et de l'intensité des interventions spécifiques;
- Un morcellement du programme-services Services généraux au sein des CSSS.

À terme, cette situation crée de l'iniquité intrarégionale pour la population montréalaise, une disparité régionale dans l'accès aux services de première ligne, et, incidemment, une certaine confusion chez les différents partenaires (CHSGS, CHU, CHA, cliniques médicales, GMF, etc.) qui doivent composer simultanément avec plusieurs CSSS.

Cette disparité régionale a notamment des conséquences sur la fluidité entre les partenaires. De la même manière, cette situation entraîne parfois des duplications de services notamment avec des cliniques externes de CHSGS, CHU et CHA ou des cliniques médicales. Il apparaît donc essentiel d'harmoniser et de faire connaître auprès des partenaires, l'offre de services généraux disponibles en CSSS.

En ce sens, des travaux doivent être engagés par l'Agence de Montréal afin d'élaborer une proposition de tronc commun de services généraux de première ligne. Ce tronc permettra de préciser le modèle régional de prestation des services généraux (qui fait quoi, quels sont les mécanismes d'accès et de coordination). Il devra être accessible à l'ensemble de la population montréalaise qu'elle soit, ou non, inscrite auprès d'un médecin de famille.

Les orientations à donner à ces travaux sont les suivantes :

- Statuer quant à la disponibilité des services prévus au programme Services généraux – Activités cliniques et d'aide^{16,17};
- Viser l'équité dans l'accès;
- Assurer la cohérence des services préexistants;
- Viser une utilisation optimale des ressources;
- Convenir, lorsque pertinent, de l'intensité des interventions.

Exemples de constats tirés de l'état de situation réalisé en 2013 :

- 8 des 12 CSSS offrent des services d'antibiothérapie, de réhydratation intraveineuse post chimiothérapie et de cytologie;
- 9 CSSS sur 12 font une visite post natale systématiquement à chaque naissance;
- 3 CSSS disposent d'un service d'intervention de crise dans le milieu 24/7;
- 5 des 12 CSSS offrent des services de consultations psychologiques;
- 8 CSSS offrent des soins infirmiers sans rendez-vous le soir et la fin de semaine;
- 9 CSSS sur 12 desservent toutes les écoles de leur territoire, mais certains CSSS offrent aux écoles privées uniquement la couverture vaccinale; Le nombre moyen d'heures par semaine passée dans chaque école varie de 2 à 32 heures, cependant 11 des 12 CSSS passent moins de 14 heures par école;
- Les services de réadaptation courts terme (ex : posthospitalisation, postopération) sont disponibles essentiellement via les programmes SARCA et SAPA.

16. Québec. Ministère de la santé et des services sociaux (2004 b).

17. Québec. Ministère de la santé et des services sociaux (2013).

Le modèle de prestation proposé pourra prévoir par exemple la centralisation de certains services au niveau régional, ou encore par pôle ou par secteur géographique plus étendu, etc. En ce sens, les travaux préalables à la définition du tronc commun nécessiteront d'analyser chacune des activités prévues aux cadres de référence 2004¹⁸ et 2013¹⁹ et, le cas échéant, d'évaluer la pertinence ou la faisabilité de développer, de consolider ou d'optimiser lesdits services. De plus, il faudra intégrer les services qui auront éventuellement pu être ajoutés au programme-service Services généraux depuis 2004 (exemple : GACO). Les travaux devront également prévoir l'identification de cibles de performance afin d'évaluer les services offerts à la population.

RECOMMANDATION NUMÉRO 3

VOLET : ACTIVITÉS CLINIQUES ET D'AIDE (CSSS)

Le Comité directeur recommande que l'Agence de Montréal en collaboration avec la Table des DSG élabore une proposition de tronc commun de services cohérents avec les orientations ministérielles¹⁸⁻¹⁹.

Les orientations à donner à ces travaux sont les suivantes :

- Statuer quant à la disponibilité des services prévus au programme Services généraux – Activités cliniques et d'aide;
- Viser l'équité dans l'accès;
- Assurer la cohérence des services préexistants;
- Viser une utilisation optimale des ressources;
- Convenir, lorsque pertinent, de l'intensité des interventions;
- Identifier des cibles de performance afin d'évaluer les services offerts à la population.

RECOMMANDATIONS RELATIVES À LA HIÉRARCHISATION ET LA PROXIMITÉ DES SERVICES (CLINIQUES EXTERNES)

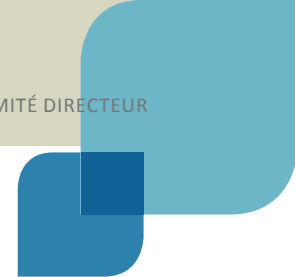
Les travaux en cours sur la modernisation des centres hospitaliers universitaires (CHU) et de rapatriement de la clientèle démontrent que plusieurs centres hospitaliers disposent de cliniques externes où sont dispensés des services généraux de première ligne ou même, offrent des services déjà offerts dans les installations CLSC des CSSS. (ex : suivi diabète, maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC)). Cette situation va à l'encontre des principes de hiérarchisation et de complémentarité des services. Aussi, considérant que certaines cliniques externes dispensent des services généraux de première ligne qui ne requièrent ni expertise, ni infrastructure ou technologie particulière, le Comité directeur recommande à l'Agence de Montréal que des travaux soient entrepris afin d'examiner l'offre de services des cliniques externes des CHSGS, CHU et CHA et d'évaluer la pertinence et la faisabilité de transférer certains services en première ligne dans le but de respecter les principes essentiels de proximité et de hiérarchisation des services.

De plus, en se basant autant sur l'expertise que sur les moyens de chacun des niveaux de services, le principe de subsidiarité devra prévaloir dans les travaux qui seront menés dans le cadre du rapatriement des services offerts en cliniques externes. Cela suppose un partage de responsabilités basé sur la délégation dès que possible aux établissements dispensateurs de services les plus proches de la population. Advenant que ces derniers n'auraient pas la capacité de répondre aux besoins, les établissements offrant des services spécialisés et surspécialisés devront alors les soutenir et se substituer aux services de proximité lorsque nécessaires.

RECOMMANDATION NUMÉRO 4

HIÉRARCHISATION ET PROXIMITÉ DES SERVICES

Le Comité directeur recommande à l'Agence de Montréal que des travaux soient entrepris afin d'examiner l'offre de services des cliniques externes des CHSGS, CHU et CHA et d'évaluer la pertinence et la faisabilité de transférer certains services en première ligne, dans le but de respecter les principes essentiels de proximité et de hiérarchisation des services.



CONCLUSION

Le présent rapport fait état des réflexions et des recommandations du *Comité directeur – programme Services-généraux* au regard des enjeux et des orientations à privilégier pour renforcer la première ligne montréalaise au cours des prochaines années, particulièrement en ce qui a trait au volet activités médicales et aux activités cliniques et d'aide du programme Services généraux.

Tout d'abord, l'accessibilité aux services de première ligne demeurera une priorité ministérielle dans les prochaines années, et il est donc inévitable que la région de Montréal en fasse également une priorité d'action.

Concernant le volet des services médicaux, il est apparu essentiel dans un contexte de rareté de ressources de prioriser la prise en charge des clientèles vulnérables, priorité qui doit être intégrée dans le développement des modèles de services médicaux de première ligne, soit les GMF et les GMF/CR ainsi que les autres cliniques médicales. Ces modèles doivent viser tant l'accessibilité que la prise en charge globale et la continuité pour leur clientèle inscrite.

Eu égard à sa responsabilité populationnelle, le Comité directeur souligne que chaque CSSS doit assumer son rôle de coordination du réseau local de service. À ce titre, il importe qu'il renforce ses liens de collaboration et de complémentarité avec l'ensemble de ses partenaires, notamment les cliniques médicales de son territoire. À cette fin, il est essentiel de se doter de leviers afin que les CSSS et les cliniques médicales assument communément la responsabilité populationnelle et puissent ainsi répondre ensemble aux besoins de toute la population.

Le comité directeur a également transmis ici sa réflexion quant aux orientations qui doivent déterminer les actions posées dans le cadre des travaux d'élaboration du tronc commun de service généraux. Soulignons à nouveau que moins de la moitié des Montréalais seulement sont inscrits auprès d'un médecin de famille et seulement la moitié de ces derniers sont inscrits auprès d'un médecin qui travaille en GMF. Dans ces circonstances, et pour assurer une équité régionale dans l'accès, il est essentiel que toute la population ait accès à l'ensemble des activités cliniques et d'aide du programme Services généraux sur le territoire de Montréal.

RÉFÉRENCES

Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (2011). Planification stratégique 2010-2015. Des priorités urbaines pour des Montréalais en santé, Montréal.

Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (2008). Orientations pour le développement des GMF et Cliniques réseau intégrées, Montréal.

Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (2006). *Cadre de référence pour l'implantation des cliniques-réseau*, Montréal.

Institut national de santé publique du Québec, Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services de Montréal, Centre de recherche de l'Hôpital Charles Le Moyne (2008). *Rapport final : L'accessibilité et la continuité des services de santé : Une étude sur la première ligne au Québec*. Québec : Pineault, R., Levesque, J.-F., Roberge, D., Hamel, M., Lamarche, P. & Haggerty, J.

Institut national de santé publique du Québec, Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, Centre de recherche de l'Hôpital Charles Le Moyne (2007). *L'organisation des services de santé de 1^{re} ligne : Portrait des services médicaux de 1^{re} ligne à Montréal et en Montérégie*, Québec : Hamel, M., Pineault, R., Levesque, J.-F., Roberge, D., Lozier-Sergerie, A., Prud'homme, A. et al.

Levesque, J.-F., Pineault, R., Provost, S., Tousignant, P., Couture, A., Borgès Da Silva, R. et al. (2010). *Assessing the evolution of primary healthcare organizations and their performance (2005-2010) in two regions of Québec province: Montréal and Montérégie*, BMC Family Practice, 11.

Pineault, R., Provost, S., Borgès Da Silva, R., Prud'homme, A. (2014). *L'implantation des GMF et des CR à Montréal depuis 2003 : évaluation du changement organisationnel et de son impact sur l'utilisation des services et l'expérience de soins*, Présentation au comité directeur – services généraux, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 3 mars 2014.

Québec. *Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS)*.

Québec. Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux (2000). *Les solutions émergentes*, Gouvernement du Québec, Québec, 410 p.

Québec. Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) (2013). *Les services sociaux généraux. Offre de services*, Québec : MSSS, 67 p.

Québec. Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) (2012). *Cadre de référence ministériel d'évaluation de la performance du système public de santé et de services sociaux à des fins de gestion*, Québec : MSSS, 31 p.

Québec. Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) (2008). *Évaluation des effets de l'implantation des premiers groupes de médecine familiale au Québec*, Québec : MSSS.

Québec. Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) (2006). *Devenir un groupe de médecine de famille (GMF) – Guide d'accompagnement*, Québec.

Québec. Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) (2004 a). *L'architecture des services de santé et des services sociaux. Les programmes-services et les programmes-soutien*, Québec : MSSS.

Québec. Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) (2004 b). *Les services généraux offerts par les centres de santé et de services sociaux*, Québec, 179 p.



ANNEXES

FICHE 1 — ÉTAT DE SITUATION DES GMF ET CLINIQUES-RÉSEAU INTÉGRÉS

MÉTHODOLOGIE

Cet état de situation des GMF et CRI a été réalisé au printemps 2012. Pour effectuer ce portrait, l'équipe de travail a procédé par entrevues semi-structurées auprès des directeurs généraux des CSSS signataires, des gestionnaires répondants des CSSS, des médecins responsables CRI, des gestionnaires CRI et des professionnels autres que les médecins. Les indicateurs utilisés ont été définis à l'aide des cibles énumérées aux *Orientations pour le développement des GMF et Cliniques-réseau intégrés de 2008* et aux ententes. Les données recueillies ont été analysées de concert avec un groupe de travail élargi.

Cet état de situation analyse l'offre de service de trois CRI implantées, et dégage une série de recommandations visant à assurer le succès du modèle. Ce modèle prévoit une offre de service à l'intérieur de laquelle les médecins d'une clinique partagent la prise en charge de leur clientèle présentant une maladie chronique avec une équipe de professionnels du CSSS, œuvrant à même leur clinique.

Les données recueillies ont été analysées selon neuf axes : ressources humaines et installations physiques, accès aux services, programmes régionaux en maladies chroniques, modèle de gestion, interdisciplinarité, liens inter-établissements, activités d'enseignement et de recherche, ressources informationnelles, financement et pérennité du modèle CRI.

PRINCIPAUX CONSTATS

- Les milieux de pratique CRI paraissent intéressants pour les médecins et les autres professionnels de la santé. Par contre, la compréhension des objectifs CRI apparaît incomplète et nécessite du soutien à l'ajustement de la pratique professionnelle;
- Le nombre de personnes inscrites dans les CRI ne rencontre pas les attentes dans deux CRI, mais l'objectif de 2 000 inscriptions par équivalent temps plein médecin apparaît atteignable au terme de l'entente de cinq ans dans deux milieux;
- Deux établissements atteignent la cible de 70 % d'activités médicales en mode rendez-vous;
- L'offre de service en maladies chroniques s'implante graduellement. Par contre, des enjeux sont identifiés en ce qui a trait à la mise en place d'une offre de service harmonisée aux programmes régionaux, à l'atteinte des cibles de personnes desservies au sein des programmes, à l'utilisation de processus clinico-administratifs optimaux, à l'ajustement de la pratique professionnelle et à la collaboration interprofessionnelle.

- Le « Comité conjoint » (CSSS/CRI/Agence de Montréal), devant regrouper l'ensemble des signataires, n'est pas actualisé et les directeurs généraux des CSSS soulèvent le besoin d'une reddition de compte plus efficiente et la révision de la formule de financement. De plus, ils souhaitent une clarification de la vision des services généraux;
- Le partage des responsabilités quant à la gestion du personnel du CSSS au sein d'une CRI est un élément essentiel à définir;
- Deux CRI ont un volet universitaire : une seule expose les résidents médecins aux pratiques interdisciplinaires en maladies chroniques et l'accueil de stagiaires dans les autres disciplines est faible;
- Le dossier médical électronique et le I-CLSC ne sont pas implantés. Les médecins responsables des CRI jugent le financement informatique insuffisant;
- Certaines CRI rencontrent des enjeux d'espace.

CONCLUSION

Cinq enjeux principaux se dégagent de ce portrait :

1. Assurer le développement de chacune des CRI selon les attentes du modèle et les priorités régionales et locales;
2. Assurer le développement d'un réseau de CRI en cohérence avec les besoins populationnels;
3. Soutenir l'ajustement de la pratique médicale et professionnelle en première ligne;
4. Assurer un suivi efficient des résultats;
5. Assurer une intégration optimale des CRI dans l'offre des services généraux.

FICHE 2 — PORTRAIT DES SERVICES GÉNÉRAUX DANS LES CSSS DE MONTRÉAL

MÉTHODOLOGIE

En février 2013, l'Agence de Montréal a demandé à chaque CSSS de remplir un questionnaire dans le but de tracer un portrait sur l'accessibilité aux services généraux en CLSC à Montréal. Les principales dimensions observées via le questionnaire sont en partie inspirées des paramètres d'accessibilité qui ont été définis dans le cadre de références ministérielles (MSSS 2004).

Ces dimensions sont les suivantes :

- disponibilité du service;
- accessibilité temporelle;
- accessibilité géographique;
- délais d'accès;
- responsabilité administrative du service.

La gamme de services étudiés a été élaborée à partir du cadre de référence ministériel (MSSS 2004) :

- Accueil, évaluation, orientation et référence;
- Soins infirmiers avec ou sans rendez-vous incluant les services post hospitaliers, ambulatoires et à domicile et en milieu scolaire;
- Aide à domicile court terme;
- Intervention en matière de sexualité, de planification des naissances et de suivi pré-post IVG (incluant le service de sage-femme);
- Visite systématique post-natale et post-adoption;
- Soutien à l'allaitement maternel;
- Services auprès des parents, du nourrisson et du jeune enfant;
- Intervention de crise dans le milieu 24/7;
- Consultation sociale;
- Consultation psychologique;
- Services de physiothérapie et de nutrition en ambulatoires et à domicile;
- Services de soutien diagnostic (prélèvement et radiologie);
- Services médicaux en CLSC (services de consultation médicale avec ou sans rendez-vous en CSSS ou dans un groupe de médecine familiale).

PRINCIPAUX CONSTATS

Voici un résumé des principaux constats concernant les paramètres d'accessibilité aux services généraux :

Disponibilité des services

- Les soins infirmiers sont disponibles dans tous les CSSS et répondent aux critères d'accessibilité géographique et temporelle;
- Les services de réadaptation courts terme (Physiothérapie post-hospitalisation ou post-opération) sont disponibles essentiellement via les programmes Services d'accueil, de référence, de conseil et d'accompagnement (SARCA) et SAPA ;
- Le service Info-Social n'est pas disponible à Montréal;
- L'intervention de crise dans le milieu 24/7 est offerte dans seulement trois CSSS;
- Seuls cinq CSSS offrent des services de consultations psychologiques;
- Le service de nutrition n'est souvent accessible qu'à des clientèles ciblées;

- Soutien diagnostic : peu de disponibilité de prélèvement avec rendez-vous et d'ententes non formalisées pour services d'imagerie médicale.

Accessibilité temporelle

- On constate une grande variabilité des heures d'ouverture en semaine, de soirs et de fins de semaine entre les CSSS;
- Les services de suivi psychosocial sont peu accessibles les fins de semaine.

Délai d'attente

- Les délais d'attente sont peu ou pas mesurés.

Accessibilité géographique

- L'accessibilité géographique semble correspondre aux attentes dans l'ensemble des territoires.

Responsabilité administrative

- La responsabilité administrative des activités cliniques et des aides imputables au programme Services généraux est très variable d'un CSSS à l'autre;
- Plusieurs activités cliniques se retrouvent sous la responsabilité administrative d'un autre programme-service (SAPA, Santé publique, Jeunes en difficultés);
- Le programme de gestion des maladies chroniques est sous la responsabilité des services généraux dans 9 des 12 CSSS.

L'analyse du questionnaire avec la Table des DSG nous a également permis d'établir les enjeux suivants :

- En soins infirmiers, on constate une complexification et une spécialisation des traitements :
 - Impact au niveau des ressources humaines et matérielles (médicaments et pansements);
 - L'intégration des infirmières auxiliaires est un enjeu compte tenu de la complexification des soins.

CONCLUSION

L'état de situation portant sur l'accessibilité au programme Services généraux nous permet d'arriver aux constats suivants :

- Implantation partielle de l'offre de services généraux, tel que prévu par le MSSS en 2004;
- Variabilité du type et de l'intensité des interventions spécifiques;
- Morcellement du programme-services Services généraux au sein des CSSS;
- Hétérogénéité des mécanismes d'accès.

FICHE 3 — ANALYSE DES DONNÉES FINANCIÈRES ET OPÉRATIONNELLES DES SERVICES GÉNÉRAUX

MÉTHODOLOGIE

L'analyse a été réalisée à partir des données extraites de I-CLSC et du AS-478 pour les centres d'activités imputables au programme Services généraux (année de référence 2009-2010 et 2011-2012). Outre les données volumétriques, des indicateurs d'accès, d'intensité, de productivité et de capacité ont été analysés et des analyses comparatives ont été effectuées. Les résultats de l'analyse préliminaire pour certains centres d'activités ont été présentés et discutés à la Table des DSG.

PRINCIPAUX CONSTATS

- Imputation des données financières et opérationnelles non uniformes entre les CSSS, configuration et regroupement (plan d'organisation) des services variables entre les CSSS;
 - Exemple : Soutien à domicile (SAD) entièrement sous SAPA ; Psychologue entièrement sous la santé mentale; Infirmière scolaire partiellement sous la santé publique.
- Certaines données statistiques et certains budgets qui devraient être imputés au programme Services généraux sont comptabilisés dans d'autres programmes-services.

CONCLUSION

- Les données ne peuvent être utilisées aux fins de comparatif;
- Des travaux portant sur la qualité des données devront être entrepris pour les rendre comparables et compléter le portrait des services généraux.

FICHE 4 — DONNÉES SUR LES SERVICES MÉDICAUX DE PREMIÈRE LIGNE À MONTRÉAL

1. PORTRAIT DES INSCRIPTIONS AUPRÈS D'UN MÉDECIN DE FAMILLE ET DE LA PRISE EN CHARGE DES CLIENTÈLES VULNÉRABLE

MÉTHODOLOGIE

Les données d'inscription de la population ainsi que des clientèles vulnérables auprès d'un médecin de famille proviennent de la RAMQ, et présentent autant les inscriptions en GMF que hors GMF, soit dans les cliniques médicales privées non accréditées GMF.

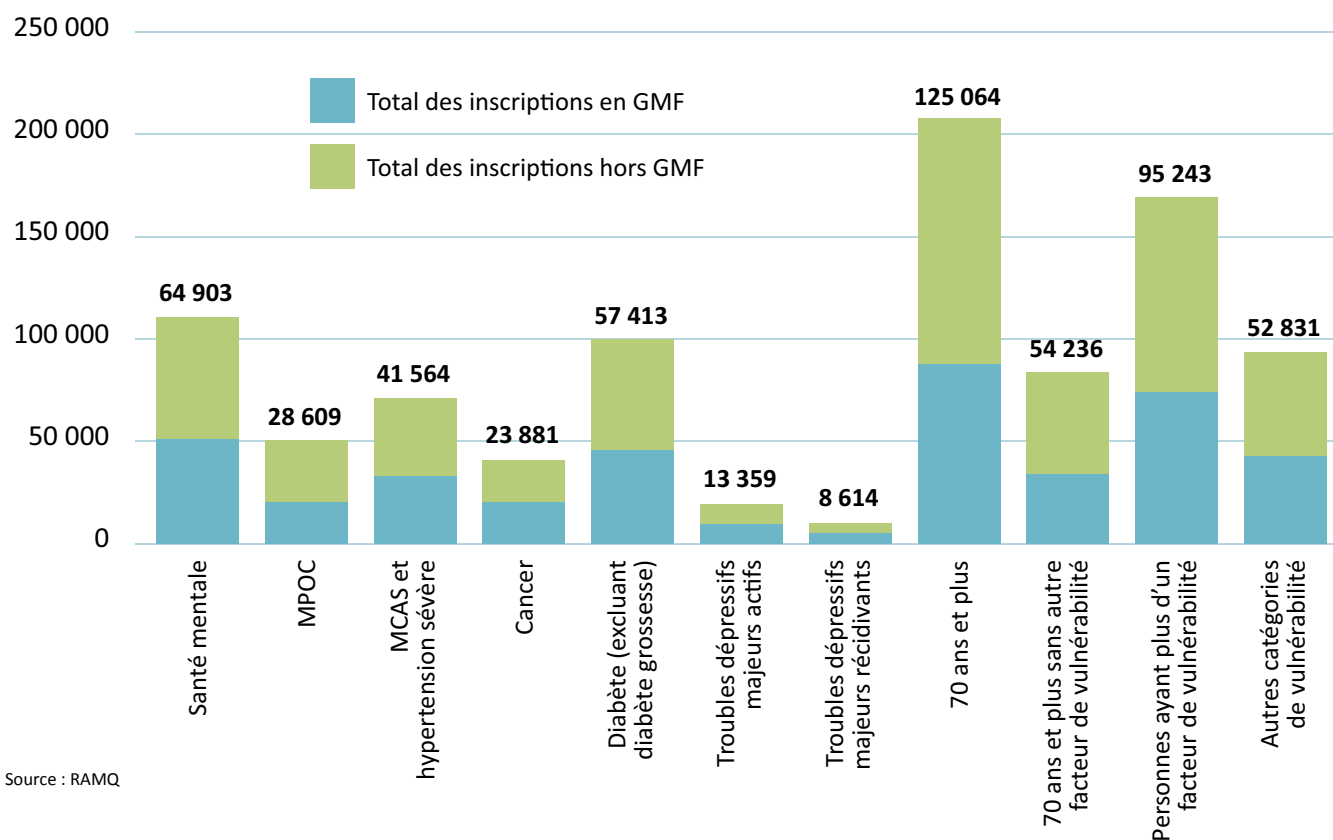
PRINCIPAUX CONSTATS

- Beaucoup de médecins de famille font de la prise en charge de clientèle (inscription) en dehors du modèle GMF;
- Plus de la moitié des patients inscrits auprès d'un médecin de famille le sont dans une clinique médicale non GMF;
- Proportion importante de patients vulnérables prise en charge par une clinique médicale non GMF;
- Proportion de population inscrite auprès d'un médecin de famille est plutôt faible au regard de la moyenne provinciale.

Statut des inscriptions auprès d'un médecin de famille de la population montréalaise			
	Nb de personnes inscrites résidant à Montréal	Nb total de personnes inscrites	Ratio personnes vulnérables / Total des inscrits
GMF	439 417	526 164	41 %
Hors GMF	512 708	654 391	45 %
Total Montréal	952 125	1 180 555	44 %

Source : RAMQ

Répartition des personnes vulnérables inscrites auprès d'un médecin de famille



Source : RAMQ

CONCLUSION

Ces données rappellent l'importance de développer les services généraux en complémentarité avec ceux offerts en GMF, mais aussi en cliniques médicales privées non GMF. Elles mettent aussi en exergue le fait qu'une grande partie de la population n'est pas inscrite auprès d'un médecin de famille.

Une large proportion de la population étant inscrite auprès d'un médecin de famille non affilié à une structure GMF, ou encore étant non inscrite, il est important que toute la gamme des services généraux jugée essentielle à la population se donne en services généraux même si certains de ces services sont rendus également en GMF pour une clientèle inscrite.

2. PORTRAIT DES GUICHETS D'ACCÈS POUR LA CLIENTÈLE ORPHELINE (GACO)

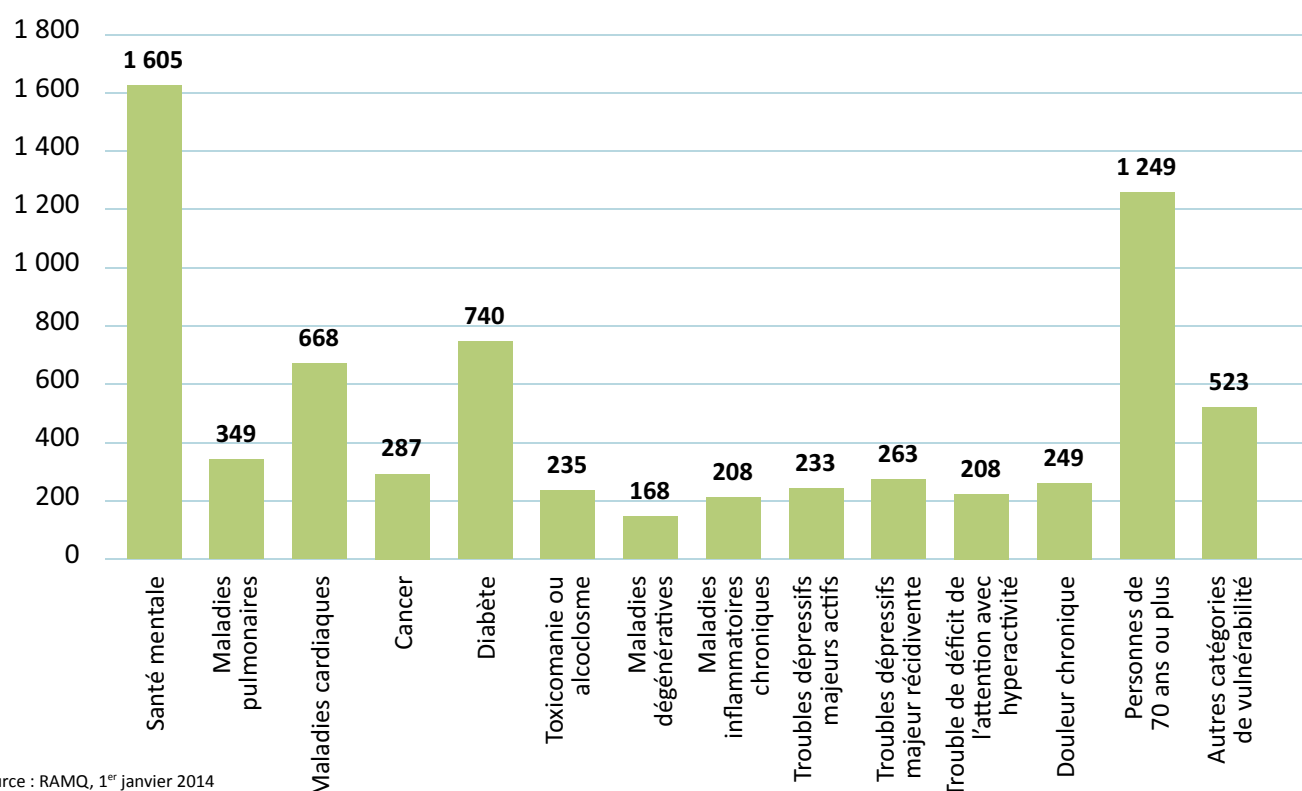
MÉTHODOLOGIE

Les données des patients en attente de priorisation, en attente de référence et référés proviennent du système d'information SIGACO, outil utilisé par les GACO.

PRINCIPAUX CONSTATS

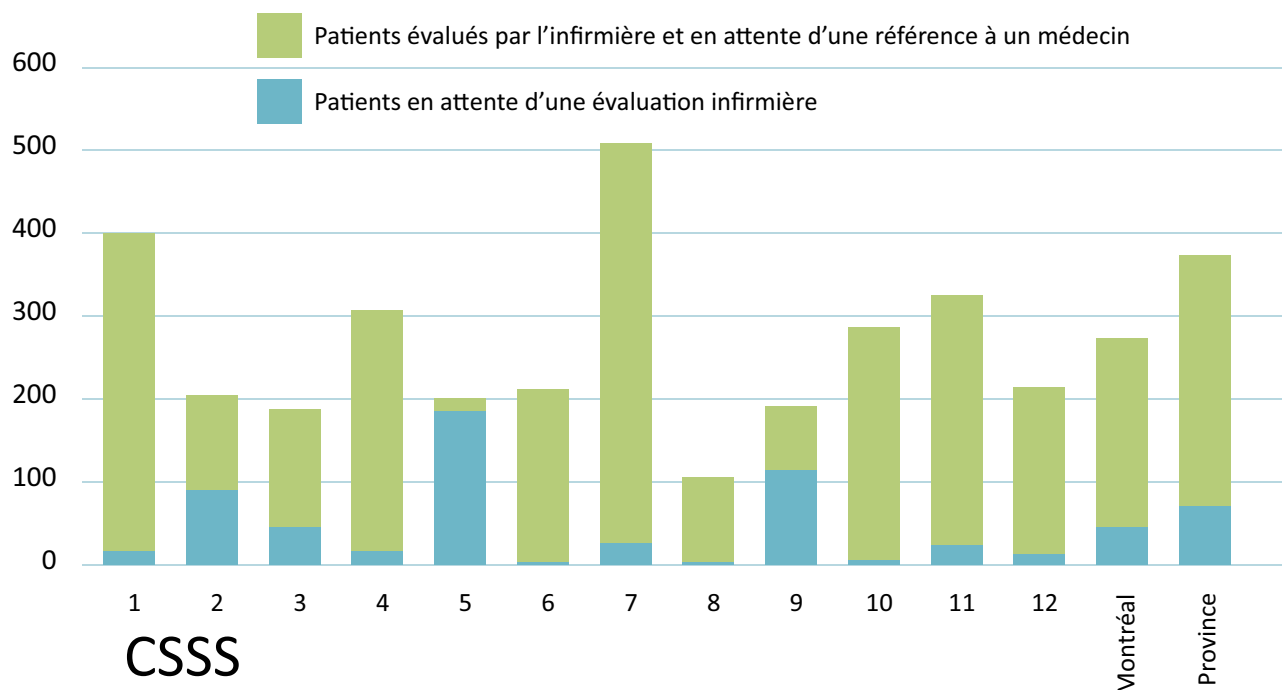
- Processus non uniformes d'un CSSS à l'autre;
- Effectifs médicaux, ressources dédiées et demande variables d'un CSSS à l'autre;
- Performance globale différente d'un CSSS à l'autre :
 - Délais de prise en charge des demandes (évaluation, priorisation, référence);
 - Mécanismes de référence pour clientèles vulnérables;
- Résultats surtout pour clientèles vulnérables;
- Problématiques difficiles à référer auprès des médecins :
 - Santé mentale, toxicomanie, INR, SAD, 0-5 ans, femmes enceintes pour certains territoires.

Clientèles vulnérables en attente de référence selon leur code de vulnérabilité, décembre 2013



Source : RAMQ, 1^{er} janvier 2014

Patients en attente dans le GACO par 10 000 de population, février 2014



Source : SIGACO

CONCLUSION

- Les GACO des CSSS ne parviennent pas à améliorer l'accès à un médecin de famille pour la clientèle non prioritaire;
- Certaines problématiques restent difficiles à référer aux médecins de famille, il importe donc de s'assurer de prendre en charge les patients non-inscrits qui nécessitent un suivi relativement rapide au niveau du CSSS;
- Il est important d'encourager et de faciliter la prise en charge de ces patients par les médecins de famille, notamment en instaurant des plateformes d'accès à des professionnels (psychologue, travailleur social, etc.) au sein du CSSS pour les médecins de famille du territoire.

3. CONSULTATIONS AUX URGENCES À MONTRÉAL

	2012-2013	2013-2014
Nombre de patients P4-P5	316 507	320 919
Nombre de patients ayant quitté l'urgence sans prise en charge	60 429	59 001
% patients ayant quitté l'urgence sans prise en charge	9,1 %	8,5 %

Source : SIGDU, 2011-2014

EXEMPLE DE FICHE DESCRIPTIVE D'ACTIVITÉ

FICHE DESCRIPTIVE	Centre (s) d'activité (s)
NOM DE L'ACTIVITÉ	

Résumé du service :

Clientèle visée :

Type d'intervention

SOUS TITRE

-
-

SOUS TITRE

-
-

Établissement :

(Qui offre le service : tous les csss ou nommément un ou quelques csss)

Accessibilité

HEURE D'OUVERTURE :

DISPONIBILITÉ : (Avec et sans rendez-vous)

Semaine :

DÉLAI MAXIMAL DE PRISE EN CHARGE :

Fin de semaine :

Modalité de référence

Critère d'admission

Critère de fin d'intervention

Indicateurs de performance

- Délais d'attente
- Intensité de services
- Taux de pénétration
- (Voir fiche)

ORGANIGRAMME – STRUCTURE DES COMITÉS

