

RÉSEAU-ESTRIE

Agence de la santé
et des services sociaux
de l'Estrie

Québec 

Bulletin du Département régional de médecine générale (DRMG)

Volume 5, numéro 2

Septembre 2006

Le Bulletin Réseau-Estrie du DRMG

« Développer son réseau local de services (RLS), un défi pour tous! »

Du thème retenu : « *Partenaires pour le bien-être et la santé de notre population* », se dégage une coresponsabilité du DRMG et des CSSS face à l'organisation des services dont le volet clinique nous interpelle tous. En juin 2004, se créaient en Estrie, 7 RLS (un par MRC et 95 à l'échelle du Québec) avec, comme objectif commun, de rapprocher les services de la population afin de les rendre plus accessibles, mieux coordonnés et continus.

La réalisation du Projet clinique et des 9 programmes-services à l'intérieur de chaque RLS constitue une opportunité de partenariat par excellence entre les GMF, les cliniques privées, les pharmacies, le CHUS, le Centre de réadaptation Estrie (CRE), les organismes communautaires, etc. Une fois les orientations et les priorités régionales précisées, chaque RLS déterminera le « Comment faire ». Les tables régionales (CHUS-CSSS, Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée, future Table des pharmaciens) et les tables territoriales par CSSS (réunissant les représentants désignés du DRMG, les directeurs des services professionnels, les chargés de projet, etc.) s'organisent.

Vu le manque de ressources, il n'est plus possible de travailler en « silo » et la réflexion doit se poursuivre sur notre propre pratique pour libérer du temps médical de plus en plus nécessaire au suivi de clientèles devenues fragilisées. Une fois le plan local d'organisation de services (PLOS) défini et proposé, le comité PREM-AMP du DRMG aura un meilleur indice du besoin en effectifs et en activités médicales particulières (AMP) dans chaque CSSS. Un budget dédié à la 1^{re} ligne devra aussi être au rendez-vous dans chaque RLS, et ce, pour un développement durable.

Raymonde Vaillancourt

Chef du DRMG

Membres du comité de direction

Membres élus (mandat de 4 ans)

Dre Raymonde Vaillancourt, chef (Cabinets médicaux)
Dr Robert Cloutier, chef adjoint (MRC Memphrémagog)
Dr André Munger (CLSC)

Membres d'office

Dr Michel Baron, P-DG (Agence de la santé de l'Estrie)
Dr Philippe Lamontagne, directeur (DAMU)

Membres nommés (mandat de 2 ans)

Dre Danielle Blais (MRC du Haut-Saint-François)
Dr Denis Blanchard (MRC des Sources)
Dr Richard Boulé (Universitaire)
Dre Ginette Dorval, directrice (Santé publique)
Dre Martine Jeanrenaud (CSSS-IUGS)
Dre Suzanne Lamontagne (MRC du Val-Saint-François)
Dr Patrice Laplante (CHUS)
Dr Steven Monette (MRC de Coaticook)
Dr Daniel Brochu (MRC du Granit)

DAMU (personnes-ressources)

Mme Marie-France Fournier, professionnelle (Services généraux)
Mme Édith Couture, professionnelle (Services spécialisés)

ASSEMBLÉE ANNUELLE du DRMG

Automne 2006

(le vendredi 3 novembre 2006)

Vous êtes tous invités à y participer.

Soyez au rendez-vous :

**Delta Sherbrooke
de 12 h à 17 h**

Les détails de cette rencontre
suivront sous peu.

Le Projet clinique et ses 9 programmes-services : un défi pour les partenaires du RLS!

Mandat du DRMG :

- Recommander les services dans les programmes prioritaires.
- Définir et proposer le PLOS et le réseau d'accessibilité médicale (RAM).

Objectifs du Projet clinique :

- Garantir l'accessibilité, la continuité et la qualité des services.
- Se baser sur l'approche populationnelle et la hiérarchisation des soins.

Orientations Priorités Projets

2 programmes-services pour la population en général

SANTÉ PUBLIQUE : inclusion des activités de santé publique dans tous les programmes-services (ex. : pratiques cliniques préventives).

SERVICES GÉNÉRAUX : consolider la 1^{re} ligne.

Exemples :

- mécanismes d'accès au médecin de famille (voir projet-orphelin/guichet unique);
- mécanismes de référence à la spécialité : projet gastroentérologie (psychiatrie et gériatrie à venir);
- accès au plateau technique du CHUS aux heures défavorables pour Sherbrooke et le Haut-St-François :
 - tests de laboratoire et de bactériologie;
 - radiographies simples;
 - électrocardiogrammes;
 - prélèvements pour les infections transmises sexuellement;
- rendez-vous 24-48 heures pour l'échographie et le CT-Scan au #13600 avec retour rapide de l'information. Travaux sur l'accès régional en imagerie avec précision du délai d'attente.

7 programmes-services pour les clientèles spécifiques

PALV (Perte d'autonomie liée au vieillissement) : intensifier les services à domicile.

- projet de maintien de médecins à domicile. Défi : liens pour la garde 24/7 avec le maintien à domicile (MAD) et Info-Santé;
- adapter les services de courte durée à la clientèle gériatrique;
- améliorer l'accès aux services spécialisés et le partage d'information (outil d'évaluation multIClientèle).

SANTÉ PHYSIQUE : alternatives pour éviter la consultation à l'urgence.

- Cancer/oncologie : vers des services mieux coordonnés. Consultation prévue en septembre 2006.
- Maladies chroniques : continuité dans le suivi. Médecins désignés pour les programmes de réadaptation et d'insuffisance cardiaque (projet CHUS et milieux satellites : Granit-Magog-Asbestos avec infirmière-pivot).

SANTÉ MENTALE : vers une 1^{re} ligne forte. Concept de « soins partagés », psychiatre répondant. Consultation prévue en septembre 2006.

ENFANCE-JEUNESSE ET FAMILLE, TOXICOMANIE, DÉFICIENCE PHYSIQUE et DÉFICIENCE INTELLECTUELLE : par exemple, prévoir un guichet unique et des services interétablissements mieux coordonnés et mieux intégrés. Consultation prévue en 2007.

Les défis du comité PREM-AMP

Résultats des PREM depuis leur arrivée au Québec	+400 ETP en 2 ^e ligne -100 ETP en 1 ^{re} ligne
Besoins estimés en ETP au Québec	761 omnipraticiens (40 en Estrie)
Ajout brut en 2006	258 omnipraticiens (5 nouveaux facturants en Estrie)
Ajout net en 2006	45 omnipraticiens (+1 en Estrie)
Ajout net en 2007	70 omnipraticiens (12 sur les 25 supplémentaires seront réservés pour les besoins en enseignement)

DÉFIS

- Mettre à jour annuellement le pourcentage d'atteinte optimal des PREM par CSSS.
- Comptabiliser rapidement les départs, les décès (en 2006, condoléances particulières aux familles des docteurs Pierre Rouleau et André Marcoux) et les arrivées (12 médecins annuellement en Estrie). Les sous-régions les plus favorisées depuis 2 ans ont été l'urgence du CHUS et la MRC des Sources (Asbestos).
- Mettre à jour annuellement les activités médicales particulières (AMP) disponibles par CSSS.
- Stabiliser les AMP des groupes 1 à 4 (urgence, activités de courte et longue durée, obstétrique et MAD). Nous avons vécu un été particulièrement chaud pour les urgences de Coaticook, du Granit et de Windsor qui en sont presque venus au point de rupture de services. Le maintien à domicile, la psychiatrie (CHUS) et le CNDE/Dixville demeurent à découvert. L'hospitalisation au CHUS le deviendra.

OPPORTUNITÉS

- Sélectionner des candidats « polyvalents ».
- Donner priorité de façon plus équitable aux sous-régions et, chaque année, aux 5 postes disponibles de nouveaux finissants.
- Effectuer des travaux pour un calcul plus près de la réalité d'un équivalent temps plein (ETP) clinique et d'un équivalent temps plein académique et administratif.
- Reconnaître graduellement les activités médicales particulières (AMP) de groupe 5 pour répondre aux besoins des clientèles vulnérables. Exemple : un crédit de 2 heures d'AMP-orphelins pourrait équivaloir à 5 ou 6 orphelins désignés par le CSSS-DRMG, les incitatifs financiers aidant.

NOTE : Notre premier contrat d'engagement aux AMP se termine à la fin de septembre 2006. Il est possible de conserver les mêmes AMP pour une nouvelle période de 2 ans, facilitant la gestion de cette entente. Toute modification est possible, même si limitée, et chaque dérogation sera traitée cas par cas pour les moins de 20 ans de pratique. L'équivalent de 3 heures d'AMP pour les 20 à 30 ans est attendu du DRMG vu le manque de ressources (exemple : 3 heures d'AMP groupe 5 équivalent à 100 clientèles vulnérables).

Un incontournable :

la clientèle « orpheline »

Un certain filet de sécurité pour la clientèle à risque de déstabilisation (si non prise en charge par un médecin de famille) doit être mis en place dans chaque RLS ou CSSS. Cette clientèle, qui représente environ 3 % de la population, provient d'un départ non planifié de médecins, de l'urgence, des cliniques sans rendez-vous, des programmes-services (santé mentale, cancer), etc.

Les éléments porteurs à la suite du projet conjoint DRMG-CSSS-IUGS (clientèle orpheline de 3 médecins) sont les suivants :

- 50 % de la clientèle a retrouvé un médecin de famille.
- Grille d'évaluation du degré de vulnérabilité développée.
- Triage avancé possible par une infirmière clinicienne (mise à jour du dossier, de la médication et du bilan de santé, orientation vers les services appropriés du CSSS : ressources infirmières, psychosociales, services éducatifs ou vers les médicaux avec précision du délai optimal face au suivi).

La phase II du projet se poursuivra par l'engagement du CSSS face à l'utilisation d'une telle infirmière.

Des travaux sont en cours pour favoriser une plus grande disponibilité du temps médical. Le projet « mé-canismes d'accès à un médecin de famille » vise à mieux supporter nos médecins au prise avec beaucoup de clientèles vulnérables. La récupération possible de trois quarts d'heure par jour si moins de temps à inscrire à l'horaire des examens ou à obtenir des résultats; le fait de favoriser des outils informatiques plus performants; une meilleure connaissance et utilisation des ressources du CSSS par les cliniques; l'exploration accentuée du travail interdisciplinaire (clientèle « partageable ») ou toute autre option sont des pistes de solution envisageables pour améliorer notre environnement professionnel. Tous ces énoncés feront partie intégrante des stratégies de communication et de mobilisation utilisées par le DRMG et les CSSS.

Pour la population en général et en vue d'un minimum d'aiguillage vers les services appropriés, un numéro d'accueil doit être accessible par CSSS. La constitution d'une banque « d'orphelins » n'aura de sens que si la main-d'œuvre devient disponible soit par des « AMP-orphelins » ciblés ou du « temps médical » libéré.

Tout un défi pour le DRMG et les CSSS!

Modèles d'organisation de 1^{re} ligne :

un défi de performance!

LES GMF

- Modèle à promouvoir : visons 1 GMF par CSSS, 2 à Magog, 6 à 8 à Sherbrooke.
- 7 GMF sont présentement accrédités (5 à Sherbrooke, 1 à Coaticook, 1 à Magog, dont un 2^e est à venir).
- 3 incontournables : l'inscription, le travail interdisciplinaire et l'informatisation bidirectionnelle.
- Modèle de 8 à 10 ETP pour 15 000 inscriptions (accréditation possible si au moins 9 000 inscriptions). Pour 200 accouchements ou 200 patients suivis à domicile, ces derniers équivalent à 1 500 inscriptions.
- Via le MSSS, ajout de 70 heures pour l'infirmière, l'adjoint administratif, la secrétaire, les locaux, les outils informatiques, la formation, certains équipements, 2 à 3 heures de tarif horaire par médecin par semaine, le 7 \$ pour l'inscription de toute clientèle et le forfait de 300 \$ par semaine pour le responsable médical.

Des modèles plus flexibles et l'ajout de ressources (ex. : nutritionniste, intervenant psychosocial, etc.) sont souhaitables.

À la suite de l'évaluation récente du fonctionnement en GMF, nous notons une amélioration significative sur l'accessibilité en heures défavorables, le suivi des rendez-vous, le travail interdisciplinaire, la coordination médecin-infirmière, la globalité des soins et la connaissance du patient. La coordination globale et la coordination avec les spécialistes demeurent toutefois problématiques.

LES CLINIQUES RÉSEAUX (CR)

- Modèle applicable à Sherbrooke (1 à 2 pour 50 000 de population), accès 365 jours par année, 12 heures par jour au sans rendez-vous (50 % de rendez-vous pour les médecins de la CR);
- Forfait de 80 \$ au médecin, par plage de 4 heures, déplafonnement de la rémunération;
- Forfait pour le responsable médical;
- Via le CSSS, ajout d'une infirmière de liaison pour faciliter les mécanismes de référence (plateau technique, spécialistes, médecins de famille, services préventifs, etc.).

Un modèle combiné CR/GMF soit un modèle de Clinique-réseau-intégré (CRI) favorisant la coordination globale des services médicaux est présentement en évaluation par le DRMG et le CSSS-IUGS.

L'informatisation bidirectionnelle

un défi d'intégration et un incontournable

Le PRIE (plan régional d'informatisation en Estrie)

- Hébergement régional des laboratoires, de l'imagerie, de la médication (RAMQ), du registre des vaccins et du SIGG;
- 4 millions de dollars pour informatiser les « établissements » en Estrie;
- Les grands oubliés : les cliniques privées hors GMF;
- Un plan d'affaires entre partenaires du RLS deviendra une nécessité.

La PANDÉMIE D'INFLUENZA : *nous devons être prêts!*

Le DRMG a participé aux travaux de déploiement des SNT (sites non traditionnels) face à une éventuelle pandémie de grippe aviaire au Québec. Selon les prévisions de l'Organisation mondiale de la santé, 35 % de la population pourra être malade lors de la 1^{re} vague où un vaccin sera en préparation selon les souches identifiées pour prévenir une 2^e vague.

- À Sherbrooke, différents SNT sont à l'étude, dont les sites Argyle, Youville et Estriade
- Les enfants et les femmes enceintes seront traités séparément de la population adulte.
- À la 6^e semaine, il est prévu que 13 143 patients de plus consulteront pour des soins médicaux et 159 de plus seront hospitalisés. Dans cette 6^e semaine, on estime à environ 30 le nombre de décès.

La collaboration de tous et chacun sera nécessaire aux SNT et aux centres de traitement et d'évaluation. Le DRMG s'assurera que les informations vous soient transmises.

Le RÉPERTOIRE **des cliniques et des GMF**

Votre collaboration est requise pour compléter la liste des médecins par milieu, les heures travaillées (PREM 1^{re} ligne), le nom du médecin répondant (et substitut) ainsi que le nom de la secrétaire répondante de votre clinique ou GMF.