

Le Bulletin Réseau-Estrie du DRMG

« Développer son réseau local de services (RLS) demeure un défi! »

Les CSSS sont les grands responsables de l'élaboration du **projet clinique** face à l'organisation des services de leur population. Le DRMG, quant à lui, est responsable légalement de l'organisation médicale de ces mêmes services. Le besoin se ressent de plus en plus de « négocier » avec nos partenaires du CSSS, de se regrouper entre nous (GMF ou non), afin d'améliorer notre offre de service malgré la pénurie en ressources. Le besoin d'une intégration horizontale de tous les programmes-services (personnes âgées, santé mentale, etc.) permettra une certaine cohésion quant au suivi de nos clientèles avec problèmes multiples. Les tables médicales territoriales (TMT) par CSSS regrouperont les médecins désignés des programmes, les DSP, les chargés de projets, les représentants du DRMG et éventuellement, des spécialistes et des pharmaciens. Ces tables permettront de prioriser certaines actions telles :

- Ententes formelles de services entre le CHUS et les CSSS;
- Accès aux plateaux techniques et aux spécialités avec retour de l'information au médecin traitant;
- Accès à un système informatique à la hauteur des attentes (dossier électronique partageable);
- Guichet unique d'accès pour la recherche de ressources dont un médecin de famille avec la possibilité de prioriser dans chaque CSSS la fragilité des clientèles vulnérables;
- Développement d'un bon réseau d'accessibilité (en sans rendez-vous) aux heures favorables et défavorables;
- Équilibre entre le rendez-vous et le sans rendez-vous (utilisation judicieuse des urgences);
- Ajout de ressources (diététistes, kinésiologistes, infirmières de liaison et de 1^{re} ligne, travailleurs psychosociaux, etc.);
- Augmentation du recrutement médical dans les différents milieux tout en évitant la compétition.



Donc, il importe de travailler en complémentarité... tous ensemble! Le besoin de soutenir nos pratiques se fait de plus en plus ressentir et ce, encore davantage pour le suivi des maladies chroniques. Cette clientèle occupe deux de nos rendez-vous sur dix. En effet, 18 % des rendez-vous touchent le cancer, le diabète, les MCV, les MPOC et l'asthme. Le suivi conjoint en équipe pourrait nous libérer quelques « rendez-vous » pour voir (vous connaissez la chanson!) un plus grand nombre de clientèles différentes sans pour autant ajouter d'heures de travail, ce qui serait inconcevable dans le contexte actuel de pénurie. Plusieurs projets sont en cours et certains vous ont été transmis : ostéoporose, programme OPTIMUS, clinique satellite d'insuffisance cardiaque, cheminement de la clientèle TDA/H, projet de gastroentérologie, de santé mentale, de gériatrie (SAD), de l'autogestion des soins, etc. Vous pouvez obtenir plus d'information auprès de vos représentants du DRMG : c'est « **votre** » département régional!

Raymonde Vaillancourt
Chef du DRMG

Assemblée générale du Département régional de médecine générale (DRMG)

Le 3 novembre 2006 a eu lieu l'assemblée générale du DRMG à l'Hôtel Delta de Sherbrooke. Dans le cadre de cette assemblée, les objectifs poursuivis étaient de présenter une synthèse des travaux réalisés depuis 2002 et de partager la vision et les perspectives d'avenir dans un contexte de développement de réseau local de services. Vous avez été trente-huit médecins à y assister, à bénéficier des échanges et à profiter des informations diffusées au cours de cette journée. L'appréciation de la journée par les participants a été en général satisfaisante et semble avoir répondu en partie aux objectifs visés. Les commentaires émis au cours de la période de plénière ont bien illustré la nécessité de poursuivre les travaux en cours afin de mieux organiser le volet des services médicaux de 1^{re} ligne. Lors de la prochaine assemblée annuelle, une meilleure participation des médecins serait souhaitable et fera partie des stratégies de communication et de mobilisation.

Plan régional des effectifs médicaux (PREM)

Le MSSS permet d'avoir annuellement cinq postes de nouveaux facturants et sept en mobilité interrégionale pour un total de douze postes dans le PREM Estrie. Onze postes ont été octroyés en 2005 et treize en 2006. À ce jour, le PREM 2007 permettra le recrutement de deux postes à Sherbrooke, deux au Memphrémagog, deux au Val-Saint-François, un au Granit (bourse de St-Ludger) et un à Coaticook. Deux postes à l'unité de médecine de famille (UMF) au plan des effectifs médicaux universitaires (PEMU) se doivent d'être réservés au RUIS de Sherbrooke à même les douze postes 2007 causant plusieurs échanges assez « corsés »; l'un des deux postes en carrière universitaire a trouvé preneur. La bourse de Weedon est toujours attendue dans le Haut-Saint-François et sera priorisée par le DRMG. Un tel forfait d'installation de 20 000 \$ avec 60 % de sa pratique pour deux ans a facilité le recrutement à la MRC des Sources et dans les localités de Valcourt dans le Val-Saint-François et de St-Ludger dans la MRC du Granit.

PREM de 1^{re} ligne : une première !

Le PREM de 1^{re} ligne, complémentaire au PEM par établissement, donne au DRMG beaucoup d'information par CSSS sur les effectifs en place et les besoins à combler dans les régions les plus défavorisées. **Voir le tableau PREM-AMP et celui de la clientèle orpheline égale à 21 %** dans chaque CSSS. À Sherbrooke, par exemple, 138 médecins sur 229 font du suivi en 1^{re} ligne avec pratique exclusive en rendez-vous (dix), 106 en SRV avec seulement cinq avec pratique exclusive en SRV. Plusieurs médecins ne pratiquent qu'à l'urgence (40), qu'en santé publique, au CRE, au Planning, en recherche, etc. En tant que région universitaire, les besoins en effectifs seront-ils sous-estimés ? Les PREM de 1^{re} ligne devront être défendus auprès du MSSS afin d'augmenter le recrutement en Estrie.

Tableau PREM-AMP

MRC	PREM 2003	PREM 2006				Années de priorisation *	Activités médicales particulières disponibles	Nombre de médecins en place en 2006
	PREM 2004	% atteinte du PREM 1 ^{re} ligne	% atteinte du PEM 2 ^e ligne					
	PREM 2005		Urgence	CHSCD	CHSLD			
Le Granit	89,0 %	88 %	96 %*	88 %	99 %	2005	Urgence - CHSCD	21
	86,7 %					2007 (Bourse St-Ludger)	MAD	
	74,3 %							
Coaticook	102,0 %	71 %	100 %*		123 %	2005	Urgence	14
	102,0 %							
	81,0 %							
Le Val-St-François	60,0 %	83 %	93 %*		91 %	2003	CHSLD - MAD (Windsor)	22
	68,0 %					2004 (Bourse Valcourt)	Wales Homes	
	81,6 %					2005		
Memphrémagog	84,0 %	73 %	92 %	95 %	68 %	2003	MAD - CHSLD	42
	88,1 %					2005	Maison Blanche	
	83,3 %							
Le Haut-St-François	88,0 %	69 %			86 %*	Depuis 2004 (Bourse Weedon)	Forfait d'installation à Weedon : bourse de 20 000 \$	20
	79,0 %					2005	(60 % de la pratique pour 2 ans)	
	86,6 %					2006 2007	MAD - CHSLD	
Les Sources	79,0 %	98 %	93 %	94 %	78 %	2003		18
	72,1 %					2004		
	88,2 %					2005 (Bourse Asbestos)		
Sherbrooke	87,0 %	90 %	96 %	74 %	78 %	Depuis 2005	Soins physiques psychiatriques (CHUS)	229
	102,8 %					UMF 79 %	Val-du-Lac (Centre Jeunesse)	
	111,4 %						UMF (PEMU : 1 comblé sur 2) MAD, CNDE/Dixville (3 hrs), CHSLD (IUGS-Estriade)	

* Activités médicales particulières (AMP)

Source : DRMG Estrie

Note : Le pourcentage d'atteinte du PREM ne tient pas compte des arrivées prévues pour 2007. Il indique les territoires priorisés au cours des dernières années ainsi que les AMP actuellement disponibles dans chacune des MRC.

(PREM) suite

Nouvelles du Département universitaire de médecine de famille

La principale nouvelle concerne l'augmentation des médecins de famille à former. Le milieu des années 90 voyait fondre le nombre de candidats d'environ 30 à 40 résidents par année. Ce nombre sera haussé à 90-100 résidents d'ici 2010. Cette augmentation exerce une pression importante sur les professeurs responsables d'encadrer ces médecins en formation. Nos milieux de stage le ressentent de plus en plus. Nous pouvons aussi être fiers d'exposer tous les externes de la faculté de médecine et des sciences de la santé de Sherbrooke à des stages de sept semaines en médecine de famille et soins aigus en urgence. Encore une fois, en plus de donner une meilleure lecture du travail du médecin de 1^{re} ligne, ce stage nécessite des milieux de formation et des professeurs qui acceptent de bien encadrer ces externes. Depuis deux ans, la création de groupes d'intérêt en médecine de famille au niveau prégradué a aussi contribué à rendre présente la discipline de la médecine de famille auprès de nos étudiants. L'implication de plusieurs médecins de famille et de médecins d'urgence à l'enseignement au niveau prégradué n'est pas non plus étranger à cet engouement.

Bref, le médecin de famille a bonne presse et est bien représenté à la faculté. Le prix à payer demeure cependant le temps de nombreux collègues dans l'enseignement. Cet aspect mériterait d'être mieux considéré dans nos plans d'effectifs médicaux.

Dr Richard Boulé,
Directeur du département
de médecine de famille

Réflexion de notre ami Bernard Frenette de Coaticook concernant le problème de la « relève » médicale :
« Si cela continue, on risque de perdre plus vite notre permis de conduire que notre permis de pratique... ».

Ne lâche pas Bernard!

Modèle d'organisation en GMF

Ce modèle de pratique de groupe amène une valeur ajoutée : la collaboration et la complémentarité des médecins-infirmières, le support clercal et administratif, l'informatisation, etc. Un démarrage est possible avec un potentiel de 9 000 inscriptions.

Les GMF des Grandes-Fourches, de Vimy, Plateau Marquette et des Cantons ont renouvelé leur accréditation avec quelques recommandations pour certains afin d'améliorer l'organisation de la garde 24/7, l'atteinte en inscriptions d'au moins 20 % en clientèle vulnérables et une plus grande accessibilité dans leur sans rendez-vous aux heures défavorables. Le modèle GMF favorise la prise en charge des clientèles et beaucoup moins l'accessibilité en heures défavorables, d'où l'intérêt de **négozier** avec les CSSS de nouveaux modèles de regroupement SRV et de SAD 24/7. Les GMF des Deux-Rives et du Lac (Memphrémagog) sont à renouveler. Les GMF Memphré et du Granit viennent d'être accrédités pour un total en Estrie de neuf GMF incluant 112 médecins partenaires. Le modèle GMF est aussi en préparation dans la MRC des Sources et du Haut-Saint-François.

Dossier pandémie :

planification de la main d'œuvre médicale 1^{re} ligne

Des travaux sont actuellement en cours dans chacun des réseaux locaux de services (RLS) de l'Estrie afin d'élaborer le plan d'organisation des services médicaux. Des rencontres ont été tenues avec tous les partenaires concernés (les DSP et les responsables de la santé physique des CSSS, du DRMG et de l'Agence) au cours des dernières semaines afin d'assurer une compréhension commune des « livrables » attendus par l'Agence et en conformité avec les directives ministérielles. Le dépôt des plans d'organisation de chacun des réseaux locaux est attendu d'ici la fin avril. Les résultats de ces travaux seront présentés au comité directeur du DRMG lors de la rencontre du 5 juin prochain.

Amélioration concernant l'accessibilité des rapports contenus au dossier de l'utilisateur

Depuis le 12 janvier 2007, avec le consentement des usagers, tous les rapports de consultation et suivis faits par les médecins spécialistes du CSSS-IUGS sont systématiquement envoyés au médecin de famille de celui-ci, afin de lui assurer une meilleure continuité de soins.

Utilisation de valeurs critiques de laboratoire

Diverses situations problématiques ont été soulevées par le Dr Chevrier, biochimiste au CHUS, concernant la transmission de valeurs critiques de certains résultats de biochimie auprès du médecin prescripteur. Des travaux sont en cours afin de régulariser la situation. En effet, des modalités vous seront bientôt présentées afin de valider les pistes de solution anticipées. Par ailleurs, votre collaboration et votre implication dans cette démarche seront nécessaires, puisque des modalités uniques devront être mises en place dans les cliniques médicales de la ville de Sherbrooke et dans la MRC du Haut-Saint-François. La mise à jour du répertoire des cliniques privées, des GMF et des médecins de CSSS sera des plus utiles. Vous en recevrez bientôt une copie.

Suivi Support et accessibilité aux plateaux techniques

En novembre dernier, l'Agence a diffusé auprès des médecins répondants des cliniques médicales de Sherbrooke, de la MRC du Haut-Saint-François et également auprès de la représentante du DRMG du CSSS du Val-Saint-François, les documents en regard du *Support au réseau d'accessibilité de 1^{re} ligne : Accès aux plateaux techniques pour les situations urgentes et semi-urgentes*. À la suite de cette diffusion, le DRMG souhaite obtenir vos commentaires et votre avis concernant ce support. En vous référant à ces documents, vous retrouverez les modalités à suivre pour transmettre votre appréciation au DRMG.

Facturation touchant les clientèles vulnérables (CV)

1. Nouveaux codes des catégories 01 à 09 :

- 99500 : 1^{re} catégorie bonifiée, celle de la santé mentale (MAB, troubles paniques, etc.)
- 99510 : 9^e catégorie ajoutée, celle des maladies inflammatoires chroniques : (PAR, LED, etc.)

2. Forfait de responsabilité :

- **Forfait annuel** (année civile) versé automatiquement aux 3 mois par la RAMQ (40 \$ à 70 \$ pour cinq groupes de clientèle vulnérable selon l'âge, l'association ou non de pathologies)
- 15169 : forfait de **responsabilité** (6 \$ en établissement et 9 \$ en cabinet) à **chaque visite** ou à chaque thérapie
- **Forfait de groupes** disponible des clientèles vulnérables (par exemple en SRV mais excluant les 0-5 ans) pour les groupes de médecins en GMF (faire la demande auprès du Dr Desrosiers à la FMOQ)
- **Déplafonnement** de la facturation des clientèles vulnérables et sur toute la rémunération si le médecin a 200 clientèles vulnérables
- 15156 : **soutien au démarrage** de la pratique en cabinet des nouveaux facturants 2006 : 50 \$ en sus avec l'inscription des 150 premiers patients vulnérables et un 2^e forfait de 50 \$ s'applique (15157) lors de l'examen ou de la thérapie effectuée dans la 2^e année

3. Équipe multidisciplinaire :

- 15153 : 25 \$ par 15 minutes (maximum 60 minutes) de discussion formelle avec un(e) intervenant(e) du CSSS ou avec le milieu scolaire incluant le TDA/H (notes au dossier)
- 15154 : discussion de plusieurs patients (25 \$ par 15 minutes) maximum 120 minutes
- 15155 : 25 \$ de plus si déplacement

4. « Counselling »

- 15163 : 30 \$ pour le soutien à l'abandon du tabagisme, formulaire au dossier (N.B. : ce « counselling » est incompatible avec la thérapie de soutien : 34 \$)
- Code à venir : infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS)

Banque d'heures allouée au CSSS pour la coordination des travaux (projet clinique) :

- 835 heures à Sherbrooke, 270 heures au Memphrémagog, 170 heures au Val-Saint-François, 145 heures au Granit, 135 heures dans le Haut-Saint-François et 125 heures pour Coaticook et des Sources
- 082130 : participation aux réunions
- 082131 : exécution de mandats (à inscrire avec le numéro d'établissement du CSSS)

Estimations de la population sans médecin de famille, Estrie 2006

MRC	Projection de la population totale	Projection de la population 12 ans et plus	Estimé de la population de 12 ans sans médecin de famille en 2005
Coaticook	18 770	16 231	3 469
Granit	22 396	19 640	4 197
Haut-Saint-François	22 001	19 194	4 102
Les Sources	14 158	12 576	2 687
Memphrémagog	45 949	40 731	8 704
Val-Saint-François	29 091	25 326	5 412
Ville de Sherbrooke	150 536	131 711	28 147
Estrie	302 901	265 409	56 718

En Estrie, 21% de la population dit ne pas avoir de médecin de famille, et ce, dans chaque MRC.

Sources : Projection de population SIISP, Proportion sans médecin de famille ESCC 3, 1, 2005

N'hésitez pas à contacter votre responsable local du DRMG pour toute question concernant les PREM, les AMP, les TMT ou pour toute suggestion afin d'améliorer les soins de 1^{re} ligne.

MRC de Coaticook :	Dr Steven Monette
MRC du Haut-Saint-François :	Dre Danielle Blais
MRC du Val-Saint-François :	Dre Suzanne Lamontagne
MRC des Sources :	Dr Denis Blanchard
MRC du Granit :	Dr Daniel Brochu
MRC de Memphrémagog :	Dr Robert Cloutier
Ville de Sherbrooke :	Dr André Munger (CLSC) Dr Patrice Laplante (CHUS) Dr Richard Boulé (Universitaire) Dre Martine Jeanrenaud (CHSLD)

Autres membres du comité de direction du DRMG :

Dr Michel Baron (PDG de l'Agence)
Dr Philippe Lamontagne (DAMU)
Dre Louise Soulière (Santé publique)
Dre Raymonde Vaillancourt (Cheffe)

Dre Ginette Dorval nous a quittés pour une retraite bien méritée. Merci Ginette pour ta collaboration aux travaux du DRMG!

Coordonnées du DRMG

Téléphone : 819 829-3400, poste 42529 (Marjolaine Pruneau)
poste 42570 (Carole Robitaille)
Télécopieur : 819 569-8894
Collaboration de :
Mme Marie-France Fournier,
Professionnelle aux services médicaux généraux de la DAMU
Mme Édith Couture,
Professionnelle aux services médicaux spécialisés de la DAMU