

Le Bulletin Réseau-Estrie du DRMG

Besoin de renfort partout ... partout... !

La mise à jour du plan des effectifs médicaux (PEM) prendra encore beaucoup d'énergie cet été pour se répartir (pour ne pas dire se déchirer !) les cinq postes de nouveaux facturants limités depuis de trop nombreuses années, cinq étant notre « quote-part » des 215 finissants au PREM. Le besoin de bras supplémentaires et le besoin de rajeunir la région estrienne sont soulignés dans une lettre (copie au verso) adressée aux membres du Comité de gestion des effectifs médicaux MSSS-FMOQ en médecine générale (COGEMO). Une « trêve » est nécessaire afin de stabiliser les milieux. Ces derniers pourront « séduire » et recruter à leur tour du « sang neuf ». Une impression est aussi à corriger au niveau provincial, à savoir que l'Estrie est une région autosuffisante, en trop plein de main d'œuvre. On ne peut se permettre comme région, de laisser des postes non comblés tels la moitié des huit postes de mobilité au PREM 2008. Il faut se rendre attractif et se faire connaître des médecins des autres régions.



Loin de pleurer sur notre sort en ce début de saison pluvieuse, de nombreux projets de collaboration émergent afin de contrer, en partie du moins, la pénurie de main d'œuvre médicale... « Une 1^{re} ligne forte » n'est plus un vœu pieux mais cela devient une « directive » à plusieurs paliers décisionnels du système de santé. Vous verrez bientôt dans chaque CSSS, la mise en place du fameux « guichet d'accès » pour la clientèle orpheline, la nomination d'un coordonnateur médical des services de 1^{re} ligne, la mise en place d'incitatifs financiers (déjà négociés) mais aussi, des incitatifs organisationnels (ex : ajout de ressources non médicales, etc.), et ce, pour bonifier notre offre de service. Un mandat avec plein de défis pour les tables médicales territoriales présidées par les représentants du DRMG et de chaque CSSS.

Des initiatives locales ont fait l'objet de l'Assemblée générale du DRMG tenue le 9 mai 2008. Le comité organisateur vous invite à en faire la lecture, présentation sous forme de capsules. La saison estivale est un bon temps pour poursuivre la réflexion et catalyser nos énergies pour se mettre en mode solution face à la pénurie de ressources.

Un rappel face aux élections prochaines de vos représentants au DRMG (postes des trois membres « élus » à élire). À la fin d'un premier mandat comme chef, j'aimerais profiter de l'occasion pour remercier les membres sortants du Comité de direction et plus spécialement, le Dr Richard Boulé pour sa contribution aux travaux du DRMG et du Comité PREM-AMP. Je souhaite la bienvenue au Dre Marie Giroux qui comblera les « grands souliers » de Richard afin de représenter le milieu universitaire.

Raymonde Vaillancourt
Chef du DRMG

Membres du Département régional de médecine générale (DRMG)

MEMBRES ÉLUS

DRE RAYMONDE VAILLANCOURT, chef du DRMG (Cabinets médicaux)
DR ROBERT CLOUTIER, chef adjoint du DRMG (MRC Memphrémagog)
DR ANDRÉ MUNGER (CSSS-IUGS)

MEMBRES D'OFFICE

DR MICHEL BARON, président-directeur général (ASSSE)
DR PHILIPPE LAMONTAGNE, Directeur DAMU (ASSSE)

MEMBRES NOMMÉS (Mandat de 2 ans)

DR MARCEL ARCAND (CSSS-IUGS)
DRE DANIELLE BLAIS (MRC du Haut-Saint-François)
DR DENIS BLANCHARD (MRC des Sources)
DR DANIEL BROCHU (MRC du Granit)
DRE MARIE GIROUX (Faculté de médecine, CHUS)

DRE SUZANNE LAMONTAGNE (MRC du Val-Saint-François)
DR PATRICE LAPLANTE (CHUS)
DR STEVEN MONETTE (MRC-de-Coaticook)
DRE LOUISE SOULIÈRE, Directrice Santé publique (ASSSE)

DIRECTION DES AFFAIRES MÉDICALES ET UNIVERSITAIRES (DAMU)

MME MARIE-FRANCE FOURNIER, professionnelle (Services généraux)
MME ÉDITH COUTURE, professionnelle (Services spécialisés)

BLOC 1

RÔLE ET RESPONSABILITÉS DU DRMG (Dr Richard Boulé et Dre Raymonde Vaillancourt)

RECRUTEMENT

- Responsabilité des milieux de se rendre attractifs (« la grande séduction »);
- 4 des 8 postes de mobilité à combler au PREM 2008.

PREM

- Nombre de postes de nouveaux facturants (5) et de mobilité (8) fixé par le COGEMO;
- S'il y a dépassement, le nombre est reporté à l'année suivante;
- Après avoir défendu l'Estrie face à l'objectif de croissance « 0 » (de plus en plus négatif), un 6^e poste d'enseignement universitaire (PEMU) et deux de mobilité ont été ajoutés au PREM 2007 dont un poste PEMU;
- Tous les nouveaux facturants appliquent entre le 15 et 30 octobre de l'année précédente. Les procédures seront accessibles bientôt sur le site Web de l'Agence de l'Estrie;
- L'augmentation du nombre de finissants en 2010 (actuellement 215) n'aura pas lieu. 61 places de formation en médecine familiale ne sont pas comblées. Causes multiples de cette désaffectation en médecine de famille.

AMP

- Seul levier du DRMG;
- Importants travaux au DRMG pour la mise à jour des PEM/CSSS et priorisation des AMP;
- Le DRMG ne peut se permettre d'être trop sélectif quand il n'y a pas dépassement du nombre de candidats.

Modifications aux règlements du DRMG

(Dr Robert Cloutier)

- Des modifications ont été apportées puis acceptées par le conseil d'administration de l'Agence;
- Nomenclature modifiée :
 - médecins de CSSS (volet CLSC) au lieu de médecins de CLSC;
 - Agence au lieu de Régie régionale.
- Mandat de deux ans pour un maximum de huit ans pour le chef du DRMG;
- Assemblée générale du DRMG non tenue d'être annuelle.

BLOC 2

AMÉLIORATION DE LA PRISE EN CHARGE DES PROJETS POUR AUGMENTER LA DISPONIBILITÉ MÉDICALE

GMF

À ce jour, dix GMF sont accrédités et trois sont en devenir avec un potentiel de 9 000 inscriptions en regroupant plusieurs médecins. Promotion du modèle GMF à maintenir.

↳ M^{me} Annie Lacroix

Collaboration des infirmières GMF :

Partager le suivi de clientèles ciblées : protocoles maladies chroniques, HTA, diabète, suivi alterné pour nouveau-nés, grossesse, pap test, dépistage ITSS, enseignement, suivi INR, ordonnances collectives : contraception, certains médicaments, etc.

↳ M^{mes} Céline bureau et Sylvie Hinse

Projets de collaboration avec les CSSS

Ajout d'infirmières cliniciennes en milieu non GMF, ajout de ressources : diététiste, intervenant psychosocial, kinésiologue, inhalo. Budget de 750 000 \$ (l'automne prochain) à utiliser par les CSSS en échange de patients vulnérables « orphelins » pris en charge par les milieux.

↳ M. Jean-Luc Trottier

Apport du pharmacien

Suivi d'INR, mise à jour du profil complet de la médication, pharmacien-répondant (à venir) pour valider la médication des clientèles vulnérables (GMF, SAD), ordonnances collectives pour reconnaître les prescriptions des infirmières (disponibles à Sherbrooke sur le site Web du CSSS-IUGS). Réseautage souhaité et souhaitable.

↳ Dr Alain Rochon

Responsabilité partagée santé publique et CSSS

Pour l'implantation des PCP (pratiques cliniques préventives), arrêt du tabagisme, ressources en prévention des maladies cardio-vasculaires, vaccination, 0-5-30, saines habitudes de vie.

BLOC 3
AMÉLIORATION DE L'ACCESSIBILITÉ
À LA 2^E LIGNE

↪ **Dr Pierre Cossette et Dr Liang**

Rendez-vous en médecine spécialisée :

Système centralisé depuis le 1^{er} juin 2008 (télécopieur : 819 820-6448), requête unique pour toutes les spécialités médicales, gestion des requêtes avec priorisation (codes A, B, C) selon l'information pertinente et qui se veut complète. Cartable d'information disponible. Formation de médecins-experts (omnipraticiens) en rhumatologie.

↪ **Dr Pierre Beauséjour**

Santé mentale :

Implantation du guichet unique dans chaque CSSS, triage et meilleure utilisation de l'équipe de santé mentale, des ressources psycho-sociales de 1^{re} ligne et des cliniques spécialisées du CHUS. Corridor de services. Rôle du psychiatre-répondant différent du rôle du psychiatre-consultant.

↪ **Dr Serge Lepage**

Cardiologie :

Suivi conjoint en insuffisance cardiaque avec les infirmières pivots pour les grades 1 et 2 sur 4 dans les CSSS satellites. Rôle à venir de la consultation rapide en spécialité avec partage du même dossier clinique informatisé (DCI). Démonstration faite durant la pause.

↪ **Dr André Brizard et Mme Gaétanne Cormier**

Imagerie :

À partir de septembre 2008, accessibilité du délai d'attente au niveau régional des échographies, scan et RMI, sur le site Web de l'Agence au www.santeestrie.qc.ca/agence; mise à jour des procédures face aux différents tests d'imagerie par le département de radiologie du CHUS (accessible au www.chus.ca). Les normes cliniques face à l'utilisation rationnelle des examens radiologiques selon la symptomatologie des patients seront un projet du Dr Brizard.

Mandat des Tables médicales territoriales (TMT)

(Dre Raymonde Vaillancourt)

Elles seront présentées dans chaque CSSS. Ces tables présidées par les représentants du DRMG et les DSP auront à relever plusieurs défis face à l'organisation des services médicaux de 1^{re} ligne dans leur CSSS, ce dernier ayant comme mandat d'offrir aussi les services à toute sa population.

BLOC 4
AMÉLIORATION DE L'ACCESSIBILITÉ
AUX MÉDECINS DE FAMILLE

↪ **Dr Richard Boulé**

Rendez-vous rapide (24-72 hres) au médecin traitant :

Modèle albertain « Open Access » avec bonification de 20 % (meilleure disponibilité et rémunération, satisfaction de la clientèle), éviter de surcharger les rendez-vous « planifiables » et viser jusqu'à 2/3 de plages libres par jour. Formation prévue à l'automne prochain.

↪ **Dre Suzanne Gosselin**

Sans rendez-vous :

Modèle clinique-réseau modifié à Sherbrooke par un regroupement des milieux (RAM-GMF) offrant le service à une population de 50 000 personnes, ajout de ressources : infirmière de triage, infirmières auxiliaires, support clérical régional à Info-Santé et au mécanisme d'accès aux médecins de famille. Meilleur « triage » de la clientèle évitant l'urgence avec développement d'un plateau préventif et technique même aux heures favorables Balises du MSSS pour encadrer ces projets (ajout de ressources) et financement complémentaire des CSSS et de l'Agence.

↪ **Dr André Munger**

Projet du CSSS-IUGS face au mécanisme d'accès des patients orphelins à un médecin de famille (phase 3) :

L'attribution des clientèles (priorisées 1 à 5), mise à jour des dossiers par deux infirmières cliniciennes, application en septembre des lettres d'ententes 196 et 197, incitatifs financiers aux 25 patients « orphelins » attribués par le coordonnateur médical local nommé par le DRMG suite à l'avis des CSSS lesquels auront à officialiser leur guichet d'accès.

Responsabilité individuelle et du groupe face au départ précipité ou progressif d'un collègue. Modalités de retraite progressive en réflexion.

Remerciements

Aux conférenciers, aux animateurs, au comité organisateur de cette assemblée, aux personnes responsables pour le support clérical et particulièrement M^{me} Carole Robitaille, adjointe administrative au DRMG. L'appréciation des membres présents ne peut qu'encourager une récidive.

