

LA PRESSE DE L'AGENCE

ÉDITION DRMG

JUILLET 2005, VOLUME 2 / NUMÉRO 5

Bulletin d'information de
l'Agence de développement
de réseaux locaux
de services de santé et
de services sociaux
de la Montérégie

AU SOMMAIRE :

Du côté des effectifs médicaux	p.2
Tout sur la mise sur pied d'un comité local du DRMG	p.2
Les GMF en transition	p.3
Les travaux du comité GMF se poursuivent	p.3
AMP 2005 : Mission « évaluation et validation »	p.4



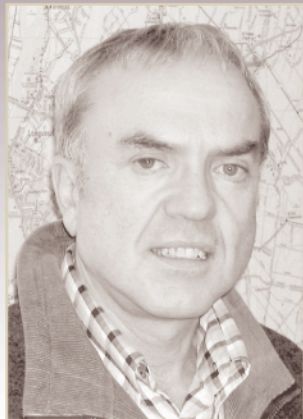
L'équipe du DRMG
profite de l'occasion
pour vous souhaiter de

**bonnes
vacances
estivales !**

L'AGENCE

LES CSSS ET LE PROJET CLINIQUE

■ Par Laurent Marcoux, M.D., M.Sc. Chef du DRMG ■



Les centres de santé et de services sociaux (CSSS) ont la responsabilité exclusive d'élaborer un projet clinique. Ce projet clinique est élaboré en vue de donner à toute la population d'un territoire des soins complets et continus. La réalisation

des projets cliniques se concrétisera par la création d'ententes entre le CSSS et les partenaires que sont les organismes communautaires, les pharmacies, les GMF, les cabinets privés et les cliniques-réseaux, le cas échéant.

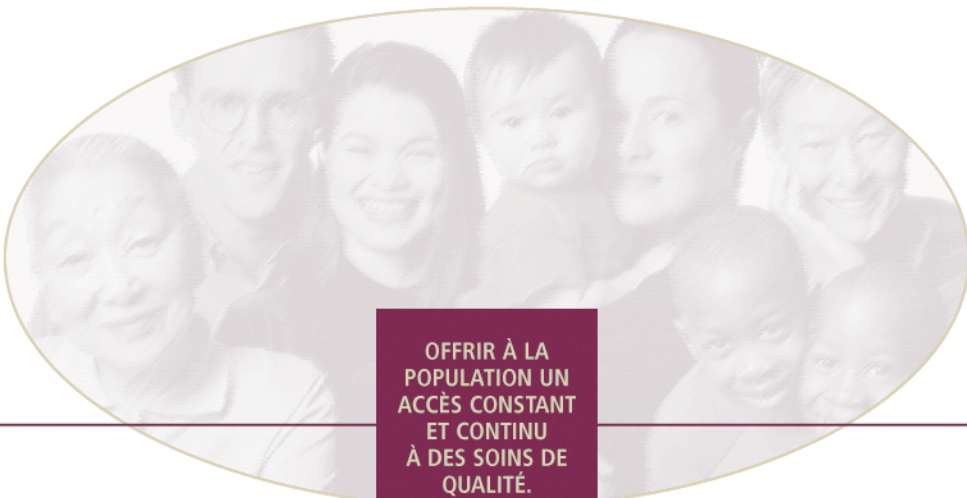
Comme médecin de famille, la transformation du système de santé nous interpelle et nous encourage à modifier nos pratiques afin d'exercer dans un mode réseau. Nous savons tous qu'historiquement nos organisations de travail n'ont pas été conçues pour nous permettre de faire face à ces nouvelles fonctions de partenaire dans un réseau de soins et de services. Il nous faut donc de nouveaux outils, de nouvelles ressources organisationnelles et techniques pour rencontrer nos nouvelles responsabilités de médecin travaillant en réseau. La concertation entre les CSSS et les médecins de famille d'un réseau local de services devient une démarche essentielle. La réussite d'un projet clinique, qui répond de façon responsable et complète aux besoins médicaux de la population, passe par des ententes négociées sur le terrain afin de faciliter et d'appuyer les nouvelles exigences issues d'un mode de fonctionnement en partenariat. Nos structures de fonctionnement, de communication et d'organisation de travail pour nos cabinets doivent être revues et appuyées pour que nous puissions apporter une valeur ajoutée au système de santé renouvelé.

Le succès de cette grande entreprise de transformation repose sur l'accessibilité à de nouveaux outils pour les médecins de première ligne. Ainsi, les conditions préalables au succès de cette collaboration sont :

- l'accès à des plateaux techniques et de dépistage dédiés à la première ligne médicale de la communauté;
- des agents de référence et de liaison adéquats (infirmières de liaison, travailleurs sociaux, diététistes, etc);
- du soutien à des pratiques devenues plus lourdes parce qu'exigeant des suivis plus complexes;
- des systèmes de communication modernes facilitant des prises de décision rapides et de qualité;
- un accès à des consultations auprès de médecins spécialistes et des équipes multidisciplinaires pour nous appuyer dans la prise en charge de clientèle plus lourde.

En contrepartie, notre responsabilité à suivre des clientèles plus vulnérables nous incite, comme groupe, à répondre aux états instables de nos patients en étant disponibles sur des plages horaires plus étendues et en collaborant avec les autres partenaires du réseau local. La transformation de la pratique médicale sera un succès si des ressources et des énergies y sont consacrées de part et d'autre. Le projet clinique est un rendez-vous « médico-administratif » à valeur ajoutée qui permettra d'offrir un meilleur service à la population. L'organisation en réseau que procure le projet clinique atténuera chez nous le sentiment d'impuissance que crée la pénurie des effectifs dans notre région.

Il est de notre responsabilité professionnelle de supporter les CSSS qui doivent assumer leur nouvelle « responsabilité populationnelle » .



OFFRIR À LA
POPULATION UN
ACCÈS CONSTANT
ET CONTINU
À DES SOINS DE
QUALITÉ.

Agence
de développement
de réseaux locaux
de services de santé
et de services sociaux

Québec
Montérégie

DU CÔTÉ DES EFFECTIFS MÉDICAUX...

■ Par Dr Claude Rivard, président du comité des effectifs médicaux ■



En février dernier, nous vous informions que le ministre Couillard avait alloué un total de 46 médecins pour la Montérégie soit 24 places dédiées aux nouveaux facturants et 22 réservées pour les transferts de région. Nous vous rappelons que cet ajout au Plan régional d'effectifs médicaux (PREM) est une recommandation

des DRMG au comité de gestion des effectifs médicaux MSSS-FMOQ pour l'année en cours.

À ce jour, les 24 avis de conformité au PREM réservés aux nouveaux facturants ont été émis mais seulement 4 avis pour des transferts d'autres régions ont été attribués. Nous pouvons encore accueillir, en 2005, 18 médecins provenant d'autres régions.

Nous avons aussi soumis au MSSS une demande de dérogation au PREM pour permettre à trois nouveaux facturants additionnels de pouvoir aider à combler la pénurie d'effectifs au CSSS de Sorel-Tracy.

Par ailleurs, les Plans d'effectifs médicaux (PEM) des différents établissements déterminant les effectifs en place au 30 novembre 2004 pénalisaient les établissements qui avaient subi des départs non remplacés dans les dernières années. Comme les PEM pouvaient être redéfinis par les DRMG, nous avons alors analysé l'attrition au cours des trois dernières années des différents CSSS en considérant les missions respectives de ceux-ci. Cette révision des besoins en effectifs, selon un historique récent, nous a permis de rétablir une offre de service plus acceptable dans chaque CSSS. Au total, environ

90 postes étaient disponibles pour accueillir des omnipraticiens. Ce mode d'allocation de postes au PREM d'un établissement est établi uniquement sur des bases historiques et a l'inconvénient de ne pas favoriser une répartition équitable dans les territoires de la région.

Les modalités de confection des PREM changeront possiblement cet automne puisque le comité de gestion des effectifs médicaux en médecine générale MSSS-FMOQ nous propose une méthode normative pour déterminer les PEM des établissements (mission hospitalière). Ce document de consultation est actuellement disponible en format PDF sur la page d'accueil du site de la FMOQ (www.fmoq.org).

Ce projet de modification est distribué à divers groupes de médecins omnipraticiens impliqués dans des activités hospitalières ou en planification. Ces consultations ont pour but de valider la faisabilité d'application de ce changement. La version finale proposée cet automne présentera une nouvelle approche méthodologique afin de déterminer l'ensemble des effectifs médicaux des établissements en ce qui concerne la mission hospitalière des CSSS.

Le document comprend cinq étapes pour la confection du plan des effectifs médicaux d'un établissement : l'état de la situation, l'évaluation des besoins, l'identification des ressources supplémentaires requises, l'appréciation régionale par le DRMG et le plan de réalisation. Le point le plus épineux concerne certainement l'évaluation des besoins en services à couvrir car elle amène la notion d'équivalent temps plein médecin (ETPMÉDECIN).

Un ETPMÉDECIN est défini comme une mesure d'équivalence de charge de travail permettant de comparer l'activité d'un médecin d'un CSSS à un autre. L'ETPMÉDECIN est basé sur les données de facturation obtenues de la RAMQ. Par exemple,

un ETPMÉDECIN à l'urgence équivaut à 1 892 heures par année de travail à l'urgence et un ETPMÉDECIN pour l'hospitalisation équivaut à 2 912 heures ou 17,5 lits. Les méthodes de calcul sont expliquées dans le document.

Les PEM seront donc déterminés selon l'atteinte des ETPMÉDECIN nécessaires à un établissement, peu importe le nombre de médecins requis pour les remplir. Ainsi, un médecin d'urgence qui ne fait que deux gardes par semaine n'aura qu'un poids de 0,4 ETPMÉDECIN dans le calcul du PEM en ce qui concerne son travail à l'urgence. Une charge d'un ETPMÉDECIN pour l'urgence pourrait être remplie par 2 ou 3 médecins.

Cette méthode de considération de la charge de travail est le résultat d'une demande faite au ministre Couillard par les responsables des RUIS. Les arguments soutenant cette demande sont à l'effet qu'un médecin qui ne fait qu'une garde par semaine à l'urgence bloque un poste au PREM de l'établissement au même titre qu'un médecin qui y travaille à temps complet.

Nous espérons que les chefs des départements cliniques, de médecine d'urgence et les directions de services professionnels prendront connaissance de ce document alors qu'il est encore au stade consultatif. Ce faisant, ils pourront avoir la possibilité de le bonifier. Il en est de l'intérêt des soins à offrir dans leurs établissements car ce sont eux qui soumettront leur PEM au DRMG pour approbation. Dans un contexte de pénurie, le DRMG aura la responsabilité de faire l'arbitrage d'une répartition intrarégionale équitable.

Les membres de votre exécutif demeurent à votre disposition pour répondre à toute question concernant les effectifs médicaux en Montérégie.

TOUT SUR LA MISE SUR PIED D'UN COMITÉ LOCAL DU DRMG

■ Par Réjean Ménard, M.D.
Président du comité local du DRMG, CSSS de la Haute-Yamaska ■



Notre réseau local s'est constitué de façon progressive dans un contexte culturel d'offre de service de soins de santé où tous les médecins du territoire participaient à des échanges réguliers dans le cadre de services offerts à la population en première ligne et en deuxième ligne.

L'effort collectif à l'élaboration de quatre GMF réunissant tous les médecins de première ligne a facilité la naissance de ce comité local du DRMG. D'ailleurs, une excellente collaboration existait déjà avec les médecins du CLSC dans le secteur de soins à domicile et de certains programmes spécifiques (par exemple, clinique jeunesse, santé mère-enfant, etc).

Lors de l'annonce de l'accréditation des quatre GMF en mars 2004, les médecins responsables de ces mêmes GMF se réunissaient déjà de façon mensuelle sous la coordination de Sylvie Veilleux, chargée de projet local et adjointe à la direction des services professionnels et hospitaliers du CSSS de la Haute-Yamaska. Puis, le chef du département de médecine générale, le chef du service de l'urgence, le chef du service de gériatrie (soins de longue durée) et deux représentants des soins en mission CLSC ont complété cette équipe, confirmant ainsi la naissance du comité local du DRMG.

Ce comité se réunit de façon trimestrielle sous la présidence du représentant local du DRMG. Quant à Mme Veilleux, elle assure le soutien logistique et administratif.

Les objectifs de ce comité s'inscrivent dans la mission du DRMG, soit l'organisation des soins de première ligne offerts à la population du territoire et l'arrimage avec les soins de deuxième ligne dispensés par l'équipe médicale oeuvrant à tous les niveaux de soins (groupe GMF, CLSC, urgence, soins de courte durée, soins de longue durée, médecins à domicile).

Accessibilité et continuité

Les discussions du groupe portent sur l'accessibilité et la continuité des soins offerts à tous les niveaux dans le cadre d'une approche communautaire. Beaucoup d'efforts sont déployés à la recherche de solutions concernant les soins aux patients non inscrits en GMF, qui constituent plus de 25 % de la clientèle et l'arrimage des offres de service en heure défavorable. Le tout se fait dans un contexte d'une main-d'œuvre médicale insuffisante pour répondre aux besoins et, de ce fait, fortement sollicitée.

Le comité du territoire du CSSS de la Haute-Yamaska est en fonction depuis l'automne 2004. Jusqu'à maintenant nous avons tenu trois réunions. Nous bénéficions d'un climat de coopération et de recherche de solutions innovatrices à nos problèmes de distribution de soins et nous espérons atteindre nos objectifs de soins continus et accessibles à notre communauté régionale grâce à ce comité.

Les travaux du comité GMF se poursuivent

■ Par Michel Camirand, M.D., Président du comité GMF ■



La Montérégie a fait du modèle Groupe de médecine de famille (GMF) une priorité en ce qui a trait au déploiement de ressources en première ligne. A cet égard, d'importants efforts ont été déployés pour que plusieurs projets s'implantent et ce, à la grandeur du territoire desservi par l'agence.

Au total, 19 GMF ont été accrédités, un GMF a refusé son accréditation et quatre projets sont encore à l'étude.

Au cours de l'année, les membres du comité GMF se sont penchés sur le suivi des GMF accrédités. Ce suivi vise surtout la progression de l'implantation vis-à-vis l'offre de service, le nombre d'inscriptions par GMF et le suivi du processus

de gestion à l'intérieur de chacun des GMF. Certains écarts entre GMF ont déjà été constatés. Le comité GMF croit que, dans un premier temps, nous nous devons de mieux comprendre ces différences entre GMF.

Le DRMG a fait une réflexion de fond et a pris un leadership certain quant à la révision du mode de gestion de l'ensemble du projet GMF au niveau national. Le projet GMF avait suscité, à sa création, un fort enthousiasme : c'était un projet flexible et pouvant être adapté à plusieurs réalités. À la grandeur du Québec, ce sont près de 100 projets qui ont vu le jour. À notre avis, le processus de gestion, d'abord créé pour gérer un plus petit nombre de projets de façon centralisée, doit être révisé.

Deux axes principaux doivent être envisagés. D'abord, le DRMG doit être impliqué dans la gestion régionale des GMF puisqu'une gestion régionale permet de comprendre les réalités locales. En deuxième lieu, une pondération réaliste des inscriptions en fonction de critères tels que

l'âge, le sexe, les clientèles vulnérables, l'isolement des communautés et l'implication des médecins en regard des tâches de 2^e ligne et de la population non inscrite devient un enjeu incontournable pour pouvoir associer des ressources en tenant compte de la lourdeur de la tâche. Ce travail devrait apporter des dividendes sous peu.

Dans son mandat, le comité GMF a également à l'étude l'implantation de GMF en milieu urbain. L'arrivée de ce que l'on nomme la clinique-réseau, antérieurement connue sous le nom de clinique médicale associée (CMA), offre des possibilités intéressantes et peut-être davantage en lien avec la réalité urbaine. La discussion se poursuit toutefois dans la recherche de modèles qui feront en sorte que les médecins de famille, quelle que soit leur localisation, puissent avoir accès aux ressources essentielles à la prise en charge, soit le soutien nursing, informatique et administratif.

LES GMF EN TRANSITION

■ Par Jean Gauthier, chargé de projet régional pour les GMF, ADRLSSSM ■

Au Québec, 100 GMF sont accrédités dont 19 en Montérégie. L'implantation du projet GMF commence à prendre une ampleur significative pour l'organisation des services du réseau de la santé. La pénétration du modèle varie évidemment beaucoup d'un territoire de CLSC à l'autre ainsi que d'une région à l'autre, comme le démontrent les tableaux 1 et 2.

La mise en place des projets de GMF en Montérégie représente beaucoup de travail pour l'ensemble des partenaires impliqués. Par ailleurs, comme tout projet novateur et toute initiative d'implantation, des ajustements sont faits en cours de route. Parmi ces ajustements, le ministère a déposé une nouvelle orientation, visant l'allocation de ressources en GMF, qui a suscité de nombreuses réactions de la part des médecins des GMF et des CLSC en Montérégie ainsi que dans les autres régions. L'orientation présentée vise à associer le nombre de patients inscrits et l'allocation de ressources.

Une consultation a été faite auprès des GMF de la Montérégie et les commentaires suivants ont été soumis :

- L'inscription devrait tenir compte de la lourdeur des différentes clientèles inscrites, incluant l'obstétrique et les soins à domicile.
- L'inscription devrait tenir compte des responsabilités assumées par le GMF auprès des populations non inscrites dans le GMF.
- L'inscription devait aussi tenir compte de l'implication des médecins du GMF en établissement.

Il semble nécessaire, pour les GMF comme pour les représentants locaux du DRMG, de valoriser l'intégration des rôles médicaux assumés par une équipe. L'allocation de ressources en GMF ne devrait pas être un incitatif pour un médecin de GMF à réduire son travail en établissement afin d'augmenter l'inscription du GMF ou, à l'inverse,

à quitter le GMF parce que les objectifs d'inscription lui semblent inaccessibles.

Suite à ces consultations, le DRMG de la Montérégie a mis en forme un modèle de pondération tenant compte de ces contraintes. Compte tenu des informations disponibles sur la pratique médicale, le DRMG a choisi d'utiliser la pratique moyenne comme indice de référence. La définition de cette pratique moyenne devrait assurer que toutes les clientèles, vulnérables ou non, puissent avoir accès à un suivi adéquat de manière réaliste compte tenu du temps nécessaire à une prise en charge adéquate.

Sans entrer dans les détails de l'évaluation de la valeur de chacun des indices pour la pondération de l'inscription, les indices retenus sont les suivants :

- clientèle vulnérable (clientèle faisant l'objet de l'entente de la RAMQ et clientèle 0-5 ans);
- nombre d'accouchements faits par les médecins du GMF;
- nombre de patients suivis en soins à domicile dans le cadre du CSSS par les médecins du GMF;
- tout autre travail étant défini comme une activité médicale particulière en établissement (à l'exception des réseaux d'accès aux soins généraux);
- pourcentage d'activités liées à des clientèles non inscrites par les médecins du GMF;
- caractéristiques sociodémographiques de la clientèle GMF (région isolée, immigration, milieu très défavorisé).

Ce modèle de pondération, bien que devant encore faire l'objet de travaux de manière à le rendre opérationnel, doit être simple à gérer par les professionnels et fonctionner avec de l'information facilement disponible. Les travaux du DRMG visaient à mieux comprendre les enjeux de l'inscription et à présenter au MSSS l'ensemble des préoccupations des GMF de la Montérégie.

Celui-ci travaille évidemment aussi à mettre en place une pondération de l'inscription.

Le modèle a d'abord été présenté aux responsables de GMF de la Montérégie qui l'ont reçu très favorablement. Il a ensuite été présenté aux responsables de l'équipe de projet du ministère ainsi qu'à l'ensemble des chefs des DRMG du Québec qui l'ont aussi reçu très favorablement. D'ici quelques semaines, les questions liées à cette pondération devraient être soumises aux instances ministérielles de manière à faire progresser rapidement les balises du financement des GMF. La préoccupation de tous étant de s'assurer que les ressources actuellement allouées aux GMF continuent de l'être et que celles-ci répondent de façon réaliste aux exigences de l'offre de service que doit rencontrer l'équipe GMF.

Le DRMG devrait, dans les mois qui viennent, procéder à une consultation sur le développement du modèle GMF et des autres modèles d'organisation des services médicaux de première ligne pour chacun des territoires de la Montérégie.

Les travaux sur la pondération ont permis de mieux comprendre les enjeux de l'inscription et de mieux évaluer la charge clinique assumée par les médecins. À cet égard, ils pourront être éventuellement utiles dans les échanges sur le développement des projets cliniques locaux. Avec la valorisation de l'inscription, les médecins de GMF ont senti un besoin d'établir une équité quant à l'allocation de ressources, mais d'abord que celle-ci soit équitable compte tenu des responsabilités administratives assumées et de la charge de travail associée à la prise en charge de la clientèle.

Les échanges avec le ministère à ce sujet se poursuivent et nous espérons qu'ils mèneront rapidement à des conclusions satisfaisantes pour les GMF de la Montérégie.

TABLEAU 1

Répartition des personnes inscrites à un GMF selon la région de résidence en date du 28/05/2005

Région	Personnes inscrites	Population	Ratio
01 BAS-SAINT-LAURENT	23 456	196 844	11,92%
02 SAGUENAY - LAC-SAINT-JEAN	25 558	271 061	9,43%
03 CAPITALE-NATIONALE	53 618	647 165	8,29%
04 MAURICIE ET CENTRE-DU-QUEBEC	83 670	477 145	17,54%
05 ESTRIE	33 989	292 275	11,63%
06 MONTREAL	38 785	1 812 278	2,14%
07 OUTAOUAIS	15 220	326 498	4,66%
08 ABITIBI-TEMISCAMINGUE	7 796	141 136	5,52%
09 COTE-NORD	15 269	94 328	16,19%
10 NORD-DU-QUEBEC	231	15 117	1,53%
11 GASPESIE - ILES-DE-LA-MADELEINE	3 155	95 348	3,31%
12 CHAUDIERE-APPALACHES	64 483	389 911	16,54%
13 LAVAL	25 864	360 271	7,18%
14 LANAUDIÈRE	33 983	414 708	8,19%
15 LAURENTIDES	26 042	501 282	5,20%
16 MONTEREGIE	107 072	1 336 994	8,01%
17 NUNAVIK	7	8 649	0,08%
18 TERRES-CRIES-DE-LA-BAIE-JAMES	11	13 621	0,08%
RÉGIONS INDÉTERMINÉES	3 587		
Total en région :	561 796	7 394 631	7,60%

TABLEAU 2

Sommaire de la région par territoire de desserte des personnes inscrites à un GMF en date du 28/05/2005

Région	Personnes inscrites	Population	Ratio
16 MONTEREGIE			
CLSC - CHSLD DES MASKOUTAINS	591	79 507	0,74%
CLSC CHATEAUGUAY	174	67 943	0,26%
CLSC DES SEIGNEURIES	2 335	106 911	2,18%
CLSC DU HAVRE	8 165	50 770	16,08%
CLSC DU RICHELIEU	1 153	54 848	2,10%
CLSC HUNTINGDON	3 430	24 166	14,19%
CLSC JARDIN DU QUEBEC	98	23 588	0,42%
CLSC KATERI	110	88 844	0,12%
CLSC LA PRESQUÎLE	15 989	115 181	13,88%
CLSC LONGUEUIL-OUEST	92	63 329	0,15%
CLSC SAMUEL DE CHAMPLAIN	114	112 759	0,10%
CLSC SEIGNEURIE DE BEAUHARNOIS	11 528	54 581	21,12%
CLSC SIMONNE-MONET-CHARTRAND	119	64 357	0,18%
CLSC ST-HUBERT	68	77 182	0,09%
CLSC-CHSLD DE LA MRC D'ACTON	472	15 440	3,06%
CLSC-CHSLD DES PATRIOTES	1 444	99 347	1,45%
CSSS DE LA HAUTE-YAMASKA	30 162	83 706	36,03%
LES CLSC ET CHSLD CHAMPAGNAT DE LA VALLEE DES FORTS	1 343	104 988	1,28%
LES CLSC ET CHSLD DE LA POMMERAIÈRE	24 198	49 447	48,94%

Ces données proviennent de la RAMQ.

AMP 2005: mission

« ÉVALUATION ET VALIDATION »

■ Par Jérôme Caron, M.D. Président du comité AMP ■



Après avoir complété le processus d'adhésion qui se terminait le 20 mai dernier, les membres du comité des AMP auront, pour l'année à venir, la lourde tâche d'évaluer les processus d'adhésion, de modification et d'exemption ainsi que de procéder à

la validation des AMP accordées. En somme, une tâche colossale.

Comme vous l'avez constaté, l'entente sur les AMP est loin d'être parfaite, mais elle peut, par une approche professionnelle et équitable, nous permettre d'évoluer vers un équilibre des tâches dont nous avons tous une certaine responsabilité. Dans une période de pénurie importante des ressources médicales de première ligne, la gestion intégrée des PREM, PEM et AMP pourrait nous aider à éviter les crises et probablement un jour, lorsqu'une quantité suffisante de nouveaux omnipraticiens s'installeront en Montérégie, compléter les équipes existantes pour faire une prise en charge globale et accessible de la clientèle.

VALIDATION

Dès juin 2005, le comité Activités médicales particulières (AMP) débutera le processus de validation des AMP accordées. Nous utiliserons au départ les informations provenant de la RAMQ qui seront préalablement validées. Nous devons aussi solliciter les responsables des RASG et les chefs de médecine des établissements (urgence, malade admis, CHSLD et CLSC) pour nous transmettre les informations sur les horaires et les volumes d'activités des médecins participants. Le document qui sera envoyé aux médecins responsables est en cours de préparation. Nous pouvons vous assurer qu'il sera simple et rapide à produire pour les chefs de service déjà surchargés de travail.

Ce processus ne doit pas être perçu comme une chasse aux délinquants. Il s'inscrit plutôt dans le cadre d'une approche professionnelle visant l'ajustement et le soutien aux médecins ne satisfaisant pas aux exigences et ce, dans un esprit d'équité. Nous proposons de faire cette première cueillette d'information en septembre et octobre 2005 pour les données de mars à août 2005 (deux trimestres). Après analyse, des démarches d'ajustement auprès des médecins pourront être faites entre janvier et mars 2006 avant d'entreprendre des actions, si nécessaire, vers avril 2006. Comme vous pouvez le constater, le processus permettra à tous de s'ajuster sans panique. Par la suite, les données seront mises à jour bi-annuellement. Les procédures seront donc transmises aux médecins responsables d'ici la fin juin 2005.

EXEMPTION OU RÉDUCTION

Après un an d'expérience de gestion au « cas par cas », le comité AMP est en mesure d'établir des processus uniformes de demande d'exemption ou de réduction des AMP. Lors de votre adhésion, vos AMP ont été acceptées par le chef du DRMG pour une période de deux ans et ne peuvent être modifiées que sur l'autorisation du comité de direction du DRMG. Si, pour des raisons de

maladie, vous devez être exempté totalement ou partiellement de vos activités professionnelles, nous vous conseillons de communiquer le plus rapidement possible avec le secrétariat du DRMG. Nous vous transmettrons alors la procédure à suivre. Ceci évitera des délais inutiles dans la prise de décision.

DEMANDE DE MODIFICATION

Si vous désirez modifier votre engagement aux AMP, nous vous recommandons aussi de communiquer avec le secrétariat du DRMG pour recevoir la procédure à suivre. Dans ce cas, certains principes doivent être respectés :

- respecter l'équité entre les médecins;
- avoir une préoccupation importante quant à l'organisation des services à la population (ex. : niveau 1 = niveau 1, niveau 2-3-4 = niveau 2-3-4 sous réserve de l'approbation du représentant ou du comité local);
- considérer le contexte humain des médecins impliqués;
- rapprocher l'analyse du contexte local (avis du représentant ou du comité local du DRMG);
- rechercher une solution optimale.

GARDE EN DISPONIBILITÉ

Le comité a aussi comme mandat d'analyser et de proposer au comité paritaire les demandes de garde en disponibilité. En Montérégie, il y a actuellement 123 forfaits de garde en disponibilité accordés sur une possibilité de 129 (en date du 14 février 2005). La nouvelle entente particulière sur la garde en disponibilité est entrée en vigueur le 1^{er} mai 2005 et risque de modifier substantiellement l'organisation locale

(ex. : volume minimal d'activité en GMF, ajout des ressources intermédiaires, etc). Dans un contexte où les plans d'organisation de réseaux locaux ne sont pas tous complétés, ce dossier risque de nous tenir en haleine dans la prochaine année. Nous vous tiendrons au courant des développements dans une prochaine édition de La Presse de l'Agence, édition DRMG.

LA PRESSE DE L'AGENCE

Éditeur : Direction des services administratifs et des communications.

Rédactrice en chef : Hélène Boyer

Collaborateurs : , Michel Camirand, Jérôme Caron, Jean Gauthier, Laurent Marcoux, Réjean Ménard, Claude Rivard

Graphisme : René Larivière

La Presse de l'Agence est un bulletin d'information de l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Montérégie

Pour information : (450) 928-6777, poste 4212

ISSN 1710 - 6230

RASG

Le réseau d'accessibilité en soins généraux est, bien sûr, une façon d'accéder à des AMP de niveau 6. Mais il est avant tout un mode d'organisation local pour assurer l'accessibilité en heures défavorables dans un contexte de prise en charge d'une population définie. Ceci s'insère dans le processus de développement des réseaux locaux et permet à des groupes de médecins de s'associer et de partager ces périodes de travail. Il s'agit donc d'un travail de collaboration et de partage entre groupes de médecins. Le représentant local du DRMG est le responsable de la

gestion de ce réseau. Si vous désirez participer ou modifier votre participation et que vous respectez les modalités d'engagement, vous devez préalablement communiquer avec votre représentant local qui vous guidera dans le processus d'inscription de votre établissement.

Comme vous pouvez le constater, le comité AMP ne chômera pas dans la prochaine année. Nous continuerons le travail dans le même souci d'équité et sur un mode de gestion professionnelle de cette entente administrative.