

LA PRESSE DE L'AGENCE

ÉDITION DRMG

FÉVRIER 2005, VOLUME 2 / NUMÉRO 2

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

L'assemblée générale du DRMG : UN ÉVÉNEMENT À NE PAS MANQUER !

■ Par Hélène Boyer, agente d'information ■

L'assemblée générale du DRMG aura lieu le mardi 8 février prochain à l'hôtel Le Mortagne, à Boucherville. Sous le thème *L'omnipraticien et la réforme des soins en Montérégie*, cet événement fera le point sur l'actuelle réforme de la santé et son incidence sur le travail des omnipraticiens. L'assemblée débutera à 13 h 30 et se terminera vers 20 h 30.

Plusieurs conférenciers se succéderont à la tribune pour présenter différents éléments de la réforme. D'abord, Dr Luc Boileau, PDG de l'Agence, expliquera la place de l'Agence de santé et de services sociaux dans cette nouvelle réforme. Ensuite, Dr Denis A. Roy, directeur de la planification et des affaires publiques de l'Agence, abordera toute la question des soins de santé dans les centres de santé et de services sociaux (CSSS) et les réseaux locaux. Pour sa part, le chef du DRMG, Dr Laurent Marcoux entretiendra l'assemblée sur le rôle du Département régional de médecine générale.

D'autres conférences, toutes aussi intéressantes suivront au cours de l'après-midi. Dr Claude Rivard, président du comité des effectifs médicaux, parlera des AMP, des PREM et des PEM tandis que Dr Michel Camirand, président du comité GMF, fera une présentation sur la mise en place des GMF en Montérégie.

Toute la question des cliniques médicales associées sera abordée par Dr Serge Dulude, chef du DRMG de Montréal. De son côté, Jean Gauthier, chargé de projet régional pour les GMF à l'Agence, expliquera l'importance du dossier de santé électronique dans le travail en réseau.

Après ces conférences, les participants seront appelés à travailler en atelier selon leur appartenance à un territoire de CSSS. Suivra ensuite à l'heure du souper l'assemblée générale du DRMG où l'on fera notamment état des travaux des comités au cours de la dernière année.

2005

UNE OCCASION DE MODERNISER NOS PRATIQUES

■ par Dr Laurent Marcoux, M. Sc., Chef du DRMG ■

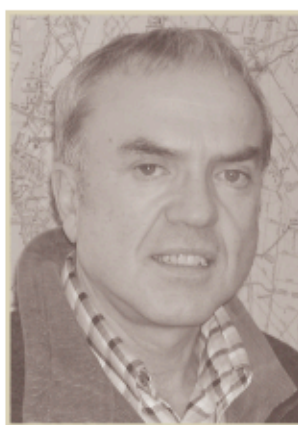
La pratique de la médecine de première ligne est en soi distinctive. Elle doit donc posséder les ressources nécessaires qui lui permettent de remplir son mandat spécifique de répondre aux besoins de santé de la population en général (l'accessibilité) et de faire le suivi des épisodes de soins récurrents ou chroniques (continuité).

Les développements technologiques des dernières décennies, l'universalité et la gratuité des soins créent une pression constante sur la première ligne. Nous pourrions dorénavant répondre à ces demandes pressantes, non seulement en étant plus nombreux, mais en modernisant nos pratiques pour mieux s'adapter et être en mesure d'offrir plus en faisant autrement.

OFFRIR PLUS EN FAISANT AUTREMENT

Des négociations entre la FMOQ et le MSSS ont abouti à des ententes AMP et PREM que doit gérer le DRMG. Ces nouveaux mécanismes ne permettent que de s'assurer que la clientèle vulnérable bénéficie prioritairement des soins des praticiens en première ligne et que soient répartis équitablement, entre les régions du Québec, les effectifs en omnipratique. La véritable modernisation de nos pratiques sera soutenue par la qualité des ententes que feront les cabinets de consultation (cabinet privé, GMF, pratique de soins courants en CLSC, etc.) avec les réseaux locaux des CSSS. Le partenariat fonctionnel qui liera les CSSS avec la première ligne médicale marquera le point de départ de la modernisation de nos pratiques.

Les CSSS ont une responsabilité populationnelle qui commande une accessibilité et une continuité de soins à toute la population dont ils sont responsables. L'instance locale est l'autorité fonctionnelle et administrative qui regroupe les établissements de courte durée, ceux de longue durée et les CLSC. Les CSSS doivent obligatoirement créer des ententes efficaces avec la première ligne pour accomplir leurs responsabilités envers leur population locale. Quant à nous, médecins de première ligne, nous ne pourrions donner des soins efficaces et de qualité que si nous avons un accès réservé à des ressources locales comme le sont les plateaux techniques des établissements et des consultations en spécialité encadrées par une



saine hiérarchisation des soins. Tout cela doit se faire en temps réel optimal grâce aux techniques modernes de l'information.

Un véritable dialogue constructif doit s'établir où nous offrirons une disponibilité mieux coordonnée et intégrée de nos activités en échange de ressources gérées par les CSSS. Les nouvelles directions locales doivent comprendre qu'avec chaque dollar investi en première ligne, elles pourront le plus sûrement remplir leur responsabilité, soit d'améliorer l'état de santé de la population qui leur est

confiée. Nous n'en sommes plus au débat du « quoi faire ». La réforme proposée par la Loi 25 a mis la table pour une incontestable réorganisation du réseau. Nous en sommes à l'action locale concertée du « comment être » plus productif et efficace dans une prestation de soins de première ligne plus accessible, continue et de qualité.

« Je profite du début de la nouvelle année pour offrir à toutes et à tous, au nom du comité de direction du DRMG, des souhaits pour une année remplie de joie et de satisfaction que procurent les changements constructifs et productifs qui s'annoncent. »

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

Québec Montérégie

LA MISE SUR PIED DES GMF VA BON TRAIN

■ Par Dr Michel Camirand, président du comité des GMF ■

Le comité GMF a repris ses activités depuis septembre 2004. Dix-neuf projets ont été accrédités en Montérégie, six autres sont en instance de l'être ou en préparation. Plus de 75 000 personnes sont inscrites dans l'ensemble des projets. Le DRMG de la Montérégie ainsi que l'Agence ont amplement relevé le défi qui consistait à promouvoir les GMF sur le territoire. À ce chapitre, au niveau du Québec, nous sommes certainement une région phare.



Enfin, le comité GMF a fait le constat qu'il existe des zones d'ombre à éclaircir quant au mandat du DRMG par rapport à la coordination des GMF. Le Ministère est le bailleur de fonds et les CSSS sont intimement rattachés aux GMF, entre autres, par le travail des infirmières cliniciennes. Les CSSS sont aussi tenus de créer des réseaux locaux de soins auxquels les GMF et les services médicaux de première ligne participeront. Les DRMG ont pour leur part, selon la loi, le mandat de veiller à l'organisation des services médicaux généraux.

Nous sommes maintenant rendus à l'étape de l'implantation de ces GMF. Il s'agit d'une étape délicate et charnière pour plusieurs équipes car les défis à relever sont nombreux : actualisation de l'offre de service, intégration des infirmières cliniciennes, modifications des locaux, mixité des pratiques (CLSC – cabinets), intégration des GMF sur plusieurs sites, installation du matériel informatique, etc. Au DRMG, nous avons considéré cette étape comme essentielle. C'est pourquoi elle nécessitera un soutien qui se prolongera au-delà des semaines qui suivront l'accréditation.

La création prochaine des comités locaux du DRMG fera en sorte que votre DRMG de la Montérégie sera mieux placé pour comprendre les problématiques propres à chacun des GMF et être votre interlocuteur dans le cadre de la mise en place des RLS. En Montérégie, nous croyons aussi que la gestion décentralisée, plutôt que nationale et de type « mur à mur », est beaucoup plus appropriée pour gérer ces nouveaux projets, certes prometteurs, que sont les GMF.

Le comité GMF entend recevoir les demandes des GMF concernant les problèmes qu'ils rencontrent, tout en veillant à l'actualisation des offres de service. Certaines balises pour le suivi de ces offres de service sont à l'étude. Le nombre d'inscriptions ainsi que l'évaluation selon certains critères (le pourcentage de patients vulnérables, les clientèles spécifiques, par exemple l'obstétrique, les soins palliatifs, etc.) de la charge clinique que cela représente, seront un autre sujet de préoccupation. En effet, nous devons mieux comprendre, à l'aide des données rendues disponibles par la RAMQ et notre connaissance du travail des cliniciens, la charge de travail clinique que chaque GMF assume.

Il y a donc beaucoup de pain sur la planche. Nous croyons que les GMF sont des projets très intéressants pour l'encadrement et la valorisation de la prise en charge médicale et, pour ces raisons, nous allons mettre les énergies nécessaires à faire de ces projets des succès. D'autres modes d'organisation médicale seront aussi à l'étude au cours de l'année. De plus, nous devons notamment nous pencher sur le modèle montréalais des CMA (cliniques médicales associées).



Assemblée générale du DRMG

Date : le mardi 8 février 2005
Heure : 13 h 30 à 20 h 30
Lieu : Hôtel Le Mortagne
 1228, rue Nobel
 Boucherville, Québec

HORAIRE

13 h 30 : Accueil et inscription

14 h : Mot de bienvenue
 La place de l'Agence dans le changement actuel.
 Dr Luc Boileau, président-directeur général de l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Montérégie (ADRLSSSSM)

14 h 10 : L'organisation des soins dans les CSSS et les réseaux locaux.
 Dr Denis A. Roy, directeur de la planification et des affaires publiques, ADRLSSSSM

14 h 25 : Le rôle du DRMG dans la réorganisation.
 Dr Laurent Marcoux, chef du DRMG

14 h 40 : Les déterminants de l'organisation des soins : AMP, PREM et PEM.
 Dr Claude Rivard, président du comité des effectifs médicaux

14 h 55 : Les réseaux GMF en Montérégie.
 Dr Michel Camirand, président du comité des GMF

15 h 10 : Les cliniques médicales associées (CMA) à Montréal.
 Dr Serge Dulude, chef du DRMG Montréal

15 h 25 : Le dossier de santé électronique : un incontournable pour le travail en réseau.
 Jean Gauthier, chargé de projet régional pour les GMF, ADRLSSSSM

15 h 40 : Faire autrement : une valeur ajoutée à la productivité des soins.
 Conférencier à déterminer

15 h 55 : Période de questions

16 h 05 : Pause

16 h 30 : Ateliers par territoire local.
 Sous la présidence de leur représentant local, les médecins se réunissent selon leur appartenance à un des onze réseaux locaux de services (RLS). Les discussions en atelier portent sur la façon d'organiser les soins dans chaque milieu en considérant la réforme à mettre en place.

18 h : Souper et assemblée générale du DRMG.
 L'assemblée générale du DRMG débutera vers la fin du repas. Lors de l'assemblée générale, le chef du DRMG fera un rapport des activités des comités pour la dernière année et de celles qui auront lieu dans les prochains mois.

20 h 30 : Fin de l'assemblée

L'implication locale du DRMG

■ Par Dre Dorice Boudreault ■

« J'arrive au bureau. Je regarde mon agenda. Toutes les plages de rendez-vous sont remplies pour les trois prochains mois. Ma secrétaire me demande où ajouter les demandes urgentes de rendez-vous. Je regarde mon courrier et je lis une invitation pour participer à l'assemblée générale du DRMG en février 2005. Je me dis qu'avec tout le travail clinique qui déborde, ce serait une perte de temps que de participer à une réunion administrative. En quoi cela me concerne-t-il? »

La mise en application de la Loi 25 apporte des changements majeurs dans l'organisation des services de santé. Au-delà des changements de structure (Agence et CSSS), cette loi introduit les concepts de responsabilité populationnelle, de réseaux intégrés de services, de hiérarchisation de services, de continuum d'interventions et de gestion par programme. Dans toute cette réorganisation, il faudra s'attaquer aux problèmes réels d'accessibilité et de continuité de services. Le rôle du médecin omnipraticien, qu'il soit en cabinet privé, en GMF ou en établissement est primordial puisqu'il est reconnu comme étant la porte d'entrée du système. Dans cette optique, il devient un acteur clé dans le continuum des soins et services. Une réorganisation des services de santé ne peut donc se faire sans une participation très active des omnipraticiens.

Le DRMG doit donc assumer son leadership et devenir un agent intégrateur de cette réforme. Pour assumer pleinement ce rôle, le comité de direction du DRMG de la Montérégie entend créer, dans chacun des territoires des réseaux locaux de services, un comité local du DRMG. Un comité local est formé à la demande du comité de direction du DRMG et est présidé par le représentant territorial au comité de direction du DRMG. Il est représentatif des médecins du territoire. Le comité local exerce les différents mandats du DRMG, coordonne les activités médicales de son territoire et donne son avis sur les différentes orientations locales et régionales de l'organisation des services.

Lors de son assemblée générale, le comité de direction du DRMG veut soumettre à l'ensemble de ses membres son projet de comités locaux. Il aimerait, notamment, vous consulter sur le mandat, la composition et le fonctionnement de ces comités locaux. Nous avons également besoin de l'appui de l'ensemble des membres du DRMG afin d'obtenir le support administratif nécessaire à la réalisation de ce projet (chargés de projet, secrétariat, etc.).

« Je finis de lire l'invitation du DRMG, je regarde mon agenda et je dis à ma secrétaire de déplacer mes rendez-vous de l'après-midi du 8 février. Après tout, j'ai moi aussi des choses à dire sur l'organisation de la pratique médicale de mon territoire. Ce n'est pas une réelle perte de temps. Si on s'organise mieux collectivement, cela m'aidera certainement à alléger ma tâche et à offrir un meilleur service à la population. »

Une année 2004 mouvementée pour le comité AMP

■ Par Dr Jérôme Caron, président du comité AMP ■



L'année 2004 fut une période mouvementée pour le comité AMP : définition des AMP de niveaux 1 à 6, inventaire des ressources, présentation du plan régional au comité paritaire et acceptation par le ministre, inscription et validation des cohortes, analyse des problématiques particulières...

C'est donc avec l'inscription de la dernière cohorte que se termine 2004. Malgré toute la bonne volonté des membres du comité, il est illusoire de croire que l'entente sur les AMP pourra à elle seule régler tous les problèmes liés à la répartition et à l'accessibilité aux ressources de première ligne en Montérégie.

Nous avons constaté à quel point certains d'entre nous se sont sentis menacés et ont dû, parfois prématurément, prendre des décisions ayant un impact direct sur leur carrière et sur certains secteurs d'activités. Il faut comprendre que cette entente demeure un premier pas visant à protéger l'essentiel des services aux clientèles les plus vulnérables dans un contexte de pénurie d'effectifs et ne pourra être efficace

qu'en étroite relation avec l'instauration des plans d'effectifs médicaux régionaux et éventuellement intrarégionaux. Il est à espérer qu'avec l'ajout éventuel de nouvelles ressources, l'entente pourra être assouplie afin de permettre une véritable « prise en charge » au niveau de la première ligne. Pour l'instant, nous nous devons d'être patients mais aussi vigilants puisque nous devons éviter de tomber dans le piège de choisir une pratique en fonction du minimum d'AMP à faire, plutôt que de définir ce qu'est une pratique médicale de prise en charge globale, accessible et impliquée dans un milieu dans le contexte des nouveaux réseaux locaux.

En 2005, le comité aura à finaliser le processus d'inscription et débutera la validation des AMP accordées. Nous continuerons à nous prononcer sur les cas particuliers (dérogation, exemption, maladie, RASG) et nous ajusterons la liste des AMP disponibles selon les futurs besoins des nouveaux réseaux locaux. À noter que toutes les recommandations du comité des AMP sont présentées au comité de direction (douze membres) pour discussion et approbation et ce, dans l'esprit d'une approche professionnelle, équitable et, évidemment, dans le respect de l'entente.

En terminant, j'aimerais féliciter les membres du comité AMP pour l'implication, la disponibilité et la grande intégrité dont ils ont fait preuve dans l'exercice de ce difficile mandat qui risque de nous tenir encore très occupés pour l'avenir.

MEMBRES DU COMITÉ AMP 2005 :

D^{re} Dorice Boudreault
D^r Michel Camirand
D^r Jean Désormeau
D^{re} Louise Quesnel
M. Mario Lafrenière
D^r Jérôme Caron

Pour nos consœurs et confrères de plus de 20 ans de pratique, n'oubliez pas que vous faites partie de la dernière cohorte et que vous devez « obligatoirement » compléter le formulaire de demande d'adhésion aux AMP. Si vous ne le retrouvez pas dans votre courrier, il est disponible sur le site internet de l'Agence, section DRMG.

UN INDEX PATIENT MONTÉRÉGIEN POUR 2005

■ Par Dr Claude Guimond ■



De plus en plus d'omnipraticiens utilisent l'informatique pour le travail, la facturation, les courriels, leur usage personnel, la communication de résultats de laboratoire, etc. Cependant, le nombre de médecins ayant un dossier patient électronique est plutôt restreint. Les GMF

devaient être équipés, dès leur mise en fonction, d'un système de communication hors pair permettant le partage d'information et la communication avec les centres hospitaliers. Lourde tâche pour la Montérégie car nous y retrouvons maintenant onze CSSS et presque autant de systèmes d'exploitation différents. Comment pourrions-nous uniformiser ces systèmes et permettre un échange d'information?

Une leur pointe à l'horizon car le gouvernement canadien vient d'investir 1,2 milliard de dollars qui serviront à développer un projet d'infrastructure de la santé pancanadien. Le Québec compte bien profiter d'une partie de cet argent et la Montérégie, par sa géographie et sa diversité des systèmes d'exploitation existants, constitue un excellent laboratoire pour débiter un tel projet... possiblement exportable

ailleurs au Québec par la suite. Le premier projet montérégien sera la création d'un index patient montérégien (IPM). Non, ce n'est pas un dossier patient électronique mais bien une harmonisation

UNE HARMONISATION DES DIFFÉRENTS SYSTÈMES

des différents systèmes en place afin de permettre un accès rapide et sécuritaire aux données de l'utilisateur par l'échange et la circulation de données dans le réseau local de services. Certains CSSS permettent déjà aux professionnels d'accéder aux données des usagers. Cependant, la plupart du temps, on reste à l'intérieur du même CSSS car rien ne permet pour l'instant le croisement de données avec d'autres CSSS. Cet index patient devrait le permettre. Ce premier projet totalisera des coûts de 3,6 millions de dollars et l'échéancier vise une mise en application d'ici 10 à 12 mois.

Le deuxième projet vise l'acquisition par l'Agence des quatre centrales d'information sur la télésurveillance déployées en Montérégie et l'acquisition de 400 licences d'utilisation simultanées pour un total de 3 millions de dollars.

Le troisième projet est le SIGDU, soit le système d'information de gestion des urgences. Présentement déployé dans quatre centres hospitaliers, il en coûtera 540 000 \$ pour que ce système soit implanté dans les six autres établisse-

ments. Il permettra d'avoir une vision régionale des activités des salles d'urgences de la Montérégie et remplacera le système SIURGE.

Finalement, le quatrième projet vise la centralisation du Sichel (système d'information clientèle en centre de soins et d'hébergement longue durée). Ce projet permettra la mise à niveau de l'application dans les nouveaux CSSS. Par la suite, cette acquisition diminuera les coûts récurrents et devrait coûter 300 000 \$.

Le coût total des quatre projets s'élève donc à 5,4 millions de dollars. Cet investissement aurait été impossible sans l'ouverture du ministère de la Santé et des Services sociaux et sans l'arrivée du nouvel argent provenant du gouvernement fédéral. Ces nouveaux fonds dédiés à l'infrastructure pancanadienne nous laissent croire à la concrétisation imminente de ces quatre projets au cours de l'année.

PREM, PEM et cie

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



Nous aimerions faire une mise au point en ce qui concerne le PREM (plan régional d'effectifs médicaux) montérégien et les PEM (plans d'effectifs médicaux) respectifs des différents CSSS de la Montérégie. Les PREM sont élaborés annuellement par les membres du comité de gestion sur les PREM en omni-

pratique qui évaluent régulièrement les besoins des différentes régions et émettent des recommandations au ministre.

En décembre 2004, le ministre Couillard a accepté les recommandations du comité de gestion et, de ce fait, autorisé des PREM en omni-pratique de 46 postes en Montérégie pour l'année 2005. De ces 46 postes, 22 devront obligatoirement être réservés à des médecins déjà en pratique qui auront laissé une pratique majoritaire dans une autre région pour s'établir en Montérégie et y exercer la majorité de leurs activités professionnelles.

C'est donc dire que 24 postes seront réservés à de nouveaux facturants en 2005. Le comité de gestion a estimé en outre que 44 médecins cesseront de pratiquer en Montérégie cette année (retraites et déménagements). Compte tenu de ces départs et de l'ajout brut de 46 médecins, nous avons donc un ajout net de deux médecins dans notre région en 2005.

L'an dernier, notre ajout net avait été de trois médecins pour un ajout brut de 45 médecins.

Le PREM est donc déterminé annuellement par avis ministériel en toute équité avec les besoins des autres régions du Québec et représente le nombre d'omnipraticiens ayant la possibilité de pratiquer dans notre région. Ce nombre est fixe et ne peut être modifié que par le ministre. Le nombre total de médecins pouvant travailler en Montérégie cette année est donc d'environ 1 500 et représente toutes les activités médicales rémunérées par la RAMQ, que ce soit en cabinet ou en établissement.

Les PEM des établissements sont une toute autre chose. Contrairement au PREM qui est fixe, les PEM des établissements peuvent être variables selon le nombre de médecins déjà en place pour assumer les gardes ou la prise en charge à effectuer. Une façon d'imaginer la différence est de considérer le PREM comme une tarte, les PEM des différents établissements représentant la grosseur des pointes qui devront y être coupées.

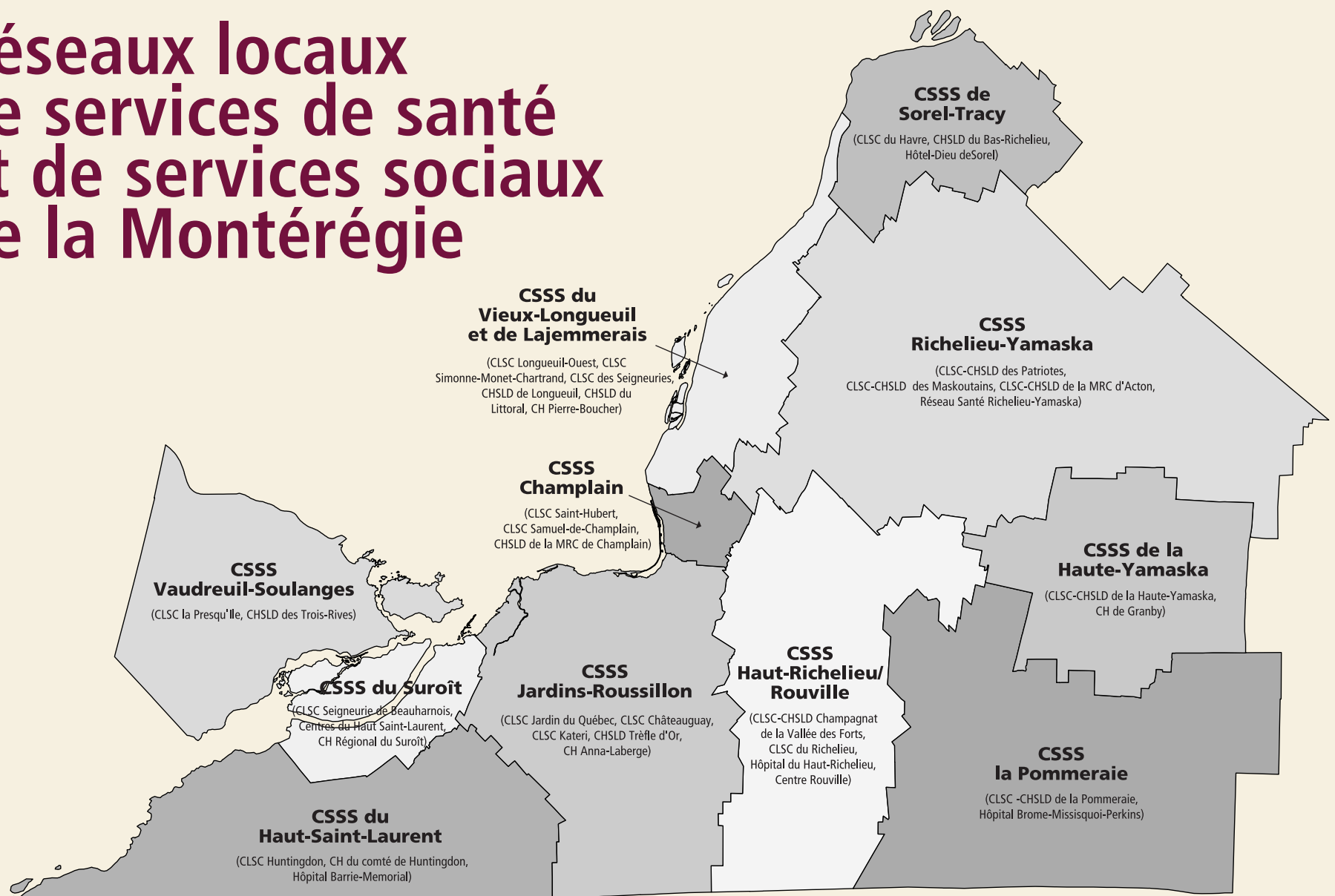
En janvier 2004, le ministre avait annoncé quels seraient les PEM pour les différents établissements de tout le Québec. Depuis ce temps, beaucoup de choses ont changé. Le principal changement fut certainement la création des CSSS, une instance qui regroupe maintenant des établissements (CH, CLSC et CHSLD) qui étaient auparavant autonomes et qui avaient chacun leur PEM respectif. Les CSSS ont maintenant un PEM qui est le cumul des PEM respectifs des différents établissements fusionnés.

Lors de l'annonce du PREM de la Montérégie en décembre 2004, le ministre Couillard nous a aussi avisé que les PEM des divers CSSS de la Montérégie étaient dorénavant constitués par les médecins en place au 30 novembre 2004. Il nous avisait aussi qu'aucun établissement ne pouvait recruter de nouveaux médecins sans avoir l'autorisation de l'Agence.

Nous sommes conscients que pour plusieurs centres en pénurie de médecins, cette décision créait une barrière nouvelle pour le recrutement médical. Il ne faut cependant pas oublier que les PEM des divers établissements restent tout de même négociables, comme les pointes d'une tarte...

Nous voulons donc vous mentionner que votre DRMG est actuellement en train d'évaluer les besoins réels des PEM des divers établissements de la Montérégie, notamment en tenant compte de leurs pertes nettes de la dernière année. Nous allons faire les représentations nécessaires auprès de l'Agence pour que les PEM des divers établissements soient ajustés selon les besoins réels d'effectifs. Nous avons donc besoin de votre collaboration. Toute représentation peut être dirigée aux représentants locaux de votre DRMG ou à votre DSP.

Réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Montérégie



LA PRESSE DE L'AGENCE

Éditeur: Direction de la planification et des affaires publiques

Rédactrice en chef: Hélène Boyer

Collaborateurs: Dorice Boudreault, Michel Camirand, Jérôme Caron, Claude Guimond, Laurent Marcoux, 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