

SUIVI DES MALADIES CHRONIQUES

Le MSSS a mandaté l'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (AETMIS), qui deviendra l'Institut national d'excellence en santé et services sociaux (INESSS), pour élaborer des indicateurs de qualité afin d'appuyer les cliniciens et les gestionnaires dans leurs efforts d'amélioration continue de la qualité des soins aux personnes qui présentent des problèmes chroniques de

santé. Les indicateurs s'adressant principalement aux praticiens de première ligne, certains d'entre vous seront approchés par l'AETMIS pour participer à différents comités. Comme ce projet sera mené autour des besoins cliniques exprimés par les praticiens de première ligne et les patients atteints de maladies chroniques, votre apport sera des plus utiles.

À RETENIR

LISTE DES COORDONNATEURS MÉDICAUX DES CSSS DE LA MONTÉRÉGIE

CSSS	Coordonnateur médical et les assistants	Téléphone
CSSS Champlain	D ^r Yves Lambert D ^r Michel Décarie	450 443-7414
CSSS de la Haute-Yamaska	D ^r Jacques Ricard	450 375-1442, poste 6288
CSSS Pierre-De Saurel	D ^r Richard Desmarais	450 746-6000, poste 7023
CSSS de Vaudreuil-Soulanges	D ^{re} Manon Proulx D ^r Jérôme Caron D ^r Serge Lalonde	450 455-0507, poste 116
CSSS du Haut-Saint-Laurent	D ^r Raymond Lemieux	450 829-2321, poste 402
CSSS du Suroît		450 371-0143, poste 3005
CSSS Haut-Richelieu-Rouville	D ^r Yves Langlois D ^r Richard Dumouchel	450 358-2578, poste 2317
CSSS Jardins-Roussillon	D ^r Stéphane Olivier D ^{re} Alice-Chantal Nanhou	450 699-7898
CSSS La Pommeraie	D ^r Denis Lesieur D ^r Michel Camirand	450 266-4342, poste 2-2217
CSSS Pierre-Boucher	D ^r Claude Rivard D ^{re} Michèle Boucher D ^r Pierre Fournier D ^r Michel Martel	450 463-2850, poste 72170
CSSS Richelieu-Yamaska	D ^r Michel Brodeur D ^r Marc-André Lemieux D ^r Jean Lessard	450 771-3333, poste 4800

La Presse du DRMG

Éditeur : Communications

Collaborateurs : D^{re} Louise Quesnel, D^{re} Isabel Mayrand, D^{re} Manon Proulx, D^{re} Patricia Hudson, D^r Claude Rivard, D^r Serge Goulet et M^{me} Brigitte Vachon.

Correction des textes : Raymonde Simard et Christine Laprise

Graphisme : René Larivière

La Presse du DRMG est un bulletin d'information de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie

ISSN : 1710-6230

Faites nous part de vos questions et commentaires :

16_asss_drmg@rrsss16.gouv.qc.ca

Vous pouvez consulter La Presse du DRMG en ligne à l'adresse :

<http://extranet.santemonteregie.qc.ca>



La PRESSE

du DRMG

LE BULLETIN DESTINÉ AUX OMNIPRATICIENS DE LA MONTÉRÉGIE

VOLUME 7 • NUMÉRO 2

DÉCEMBRE 2010

MOT DE LA CHEF DU DRMG

D^{re} LOUISE QUESNEL

Bonjour à tous,

C'est avec plaisir que je commence ce bulletin en vous souhaitant de joyeuses fêtes et une bonne année! À tous, je souhaite bonheur, santé et prospérité. De plus, j'espère que vous profiterez de cette période festive pour faire le plein d'énergie, car l'année 2011 s'annonce déjà remplie de projets, comme vous le constaterez à la lecture des prochains paragraphes.

Priorités pour 2011

L'évaluation des offres de service en vue du renouvellement des GMF en Montérégie tire à sa fin.

Ce travail méticuleux a été effectué dans un esprit de soutien et de collaboration avec l'Agence et tous les GMF. Par ailleurs, nous devons bientôt nous pencher sur le renouvellement de nos cliniques-réseau qui offrent principalement un service d'accessibilité. Des projets très intéressants prennent forme dans différents territoires de la Montérégie et l'initiative de certains groupes de médecins sert de modèle d'organisation.

Des besoins urgents se feront sentir au cours de l'année pour plusieurs centres d'hébergement et de soins de longue durée. De nouveaux centres s'installent, mais la main-d'oeuvre médicale n'est pas toujours au rendez-vous. Nous devons être inventifs et nous pencher sur la mobilisation médicale certes, mais aussi revoir le soutien à la première ligne et les ordonnances collectives adaptées à ce milieu. Il s'agit d'un dossier à suivre de près.

D'autre part, les guichets d'accès et la présence des coordonnateurs médicaux facilitent la gestion des demandes d'accessibilité aux services médicaux provenant de la clientèle orpheline et vulnérable. Celle-ci bénéficie d'une amélioration au niveau de l'accès à un médecin de famille dans plusieurs territoires. Nous devons continuer de soutenir ce modèle de prise en charge et nous efforcer de répondre aux besoins prioritaires de prise en charge.



Une première réunion des chefs de départements de médecine générale s'est tenue au printemps 2010. Les difficultés rencontrées dans chacun des milieux sont souvent vécues isolément et il est évident que des solutions communes doivent être partagées. Une rencontre sera planifiée au cours des prochains mois pour nous permettre d'échanger sur l'équilibre entre la première et la deuxième ligne. À cet effet, des modèles d'accueil clinique qui permettent une meilleure prise en charge de la clientèle tout en soutenant le travail de la première ligne ont été présentés

au colloque du DRMG qui s'est tenu au printemps dernier. Améliorer le soutien diagnostique ainsi que l'accessibilité aux plateaux techniques et structurer l'accessibilité aux services médicaux spécialisés sont des éléments incontournables d'une prise en charge efficace. Plusieurs territoires ont déjà des modèles performants et fonctionnels. Je vous encourage à vous informer auprès de votre comité local pour profiter de cette aide à la pratique.

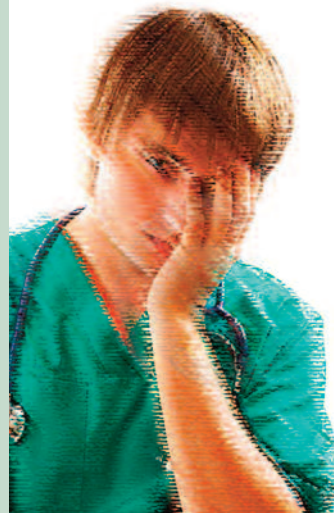
Concernant le dossier de la santé mentale, nous aurons à définir nos besoins en regard du psychiatre-répondant. Quelques territoires ont déjà des ententes entre les médecins des cliniques, des GMF et le psychiatre-répondant. Nous devons nous assurer que les services sont efficaces et permettent d'offrir un meilleur service à notre clientèle.

Un autre défi demeure pour 2011 : la mobilisation des médecins, particulièrement dans les milieux urbains. Il nous appartient, à travers nos différents projets, de saisir l'opportunité de les soutenir et de les sensibiliser aux problèmes de la clientèle, mais aussi aux solutions possibles. Enfin, nous l'espérons!

En terminant, je vous invite à vous faire entendre et à participer à votre comité local. Des outils à la pratique dans chacun des territoires existent. Il suffit de vous informer!

Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie

Québec



FINIE L'ÈRE DES YEUX CERNÉS DES RÉSIDENTS

Par **D^r Serge Goulet**
Médecin de famille, GMF UMF Charles LeMoine
Professeur adjoint, Université de Sherbrooke

À première vue, pour un clinicien de plus de 25 ans de pratique, on peut rapidement juger que les jeunes résidents sont plus frêles que nous l'étions et qu'ils n'ont pas la résistance que nous avons. Comment osent-ils demander de faire des gardes de douze heures seulement?

La conférence internationale sur la formation des résidents (CIFR) qui s'est tenue à Ottawa du 22 au 24 septembre a consacré une demi-journée sur ce sujet brûlant. Plus de 1 200 médecins et éducateurs ont réfléchi sur la meilleure façon d'entraîner nos résidents. Tous les yeux se sont tournés vers McGill qui vient d'instaurer les gardes de douze heures en médecine interne.

S'agit-il d'un phénomène de la nouvelle génération qui est plus sensible à la fatigue? La plasticité neuronale ne s'applique pas à nos futurs médecins? En Europe, on ne fait pas plus de 48 heures par semaine. Chez nos voisins du Sud, on limite à seize heures les tours de garde.

L'idée rationnelle derrière cette demande est que la formation médicale est beaucoup plus exigeante de nos jours et qu'il semble exister une relation entre la fatigue des résidents et la sécurité des patients. En effet, plusieurs études ont démontré que la fatigue augmente le risque d'erreurs et défavorise les médecins qui doivent gérer une vie stressante. Une étude de 2008 intitulée *Resident duty Hours: Enhancing Sleep, Supervision and Safety* du U.S. Institute of Medicine a démontré, à partir de la littérature, qu'une période d'éveil de 30 heures peut aboutir à une fatigue qui affecte le bien-être du résident et augmente les erreurs et les accidents. Les auteurs ont discuté du lien nébuleux de la relation qui existe entre la fatigue et les erreurs; peu de preuves démontrent que des erreurs de performance par des résidents fatigués affectent et causent des torts aux patients.

Je me permets de citer quelques commentaires des experts lors de ce congrès :

Le D^r Kevin Imrie, coprésident de la CIFR, déclare : « Il ne suffit pas de réduire le nombre d'heures travaillées. Nous devons aussi tenir compte des autres enjeux, comme celui d'apprendre à gérer la fatigue inhérente au travail de nuit ou celui d'adopter de nouvelles façons de travailler. En formant les médecins, nous devons nous assurer que la sécurité des patients est inculquée d'abord et avant tout. C'est pour cela que nous sommes ici aujourd'hui. Nous avons la chance unique de découvrir les différentes stratégies qu'ont déployées les autres pays et d'apprendre de chacun d'entre nous. »

On veut les meilleurs médecins, les plus performants et les plus en santé... mais à quel prix? Voici le message que les associations de patients prônent qui me paraît encore plus exigeant : on ne peut sacrifier la qualité pour la quantité, ces gens sont responsables des succès et des échecs des traitements. Regardons les avantages et les désavantages des horaires plus courts :

Avantages

- Fatigue diminuée
- Risque d'erreur diminué
- Diminution du stress et meilleure santé des médecins
- Rétention de nos médecins
- Hygiène de vie améliorée

Désavantages

- Exposition technique diminuée pour certaines spécialités
- Perte du suivi longitudinal du patient
- Rotation de personnel associée à une perte de certains aspects du patient affectant une certaine qualité
- Patrons surchargés
- Coûts plus élevés pour trouver plus d'enseignants
- Choc du résident lorsqu'il deviendra patron dans certains milieux

Maintenant que la première pierre a été posée, nous devons continuer à chercher des solutions à ce problème complexe. Nous devons faire preuve d'innovation dans notre approche et bâtir sur notre expérience collective si nous voulons subvenir aux besoins changeants de nos patients, de nos résidents et de la société dans son ensemble. D'autres questions sans réponses feront surface, alors que les défis de limiter les heures de travail des résidents finiront vraisemblablement par avoir des répercussions sur les soins aux patients.

La solution passe par l'engagement de plusieurs joueurs et la collaboration de tous les médecins enseignants et non enseignants. Encore faudra-t-il mettre des heures de qualité bien ciblées et favoriser l'auto-évaluation des compétences, ce vers quoi vont travailler et travaillent déjà les comités responsables de restructurer la formation de nos jeunes. Je me permets une seule suggestion : conserver et développer les initiatives créatrices des jeunes tout en favorisant une atmosphère où il y a du plaisir à travailler et non pas seulement des obligations.

médecins concernés pratiquent davantage à l'hôpital et délaissent les activités en cabinet privé.

Comme deux millions de Québécois sont sans médecin de famille, il est difficile de leur assurer que nous prendrons soin d'eux dans un système déjà surchargé. Notre système compte sur 40 % des omnipraticiens en milieu hospitalier et bénéficie quand même d'un potentiel de recrutement important. En effet, les AMP tendent à être encore plus ciblées vers le milieu hospitalier. Ce phénomène est particulier au Québec puisque, dans les autres provinces, les heures travaillées en dehors du cabinet médical ne dépassent guère 15 % ou 20 % de la pratique des médecins de famille. La majeure partie des hôpitaux ont des spécialistes qui « participent » à la tâche hospitalière. Le Québec bénéficie d'un meilleur ratio spécialiste/population. Ce plus grand nombre de spécialistes devrait permettre aux médecins de famille de se concentrer sur leurs tâches en première ligne.

La part consacrée à la pratique hospitalière chez les omnipraticiens semble augmenter depuis quelques années. Celle-ci est passée de 33 % en 2005, à 41 % aujourd'hui. C'est encore plus vrai chez les jeunes médecins qui font de la prise en charge leur deuxième et parfois même leur troisième choix d'activité. Les jeunes médecins tirent la très grande partie de leurs revenus de la pratique hospitalière. Cependant, la charge du suivi des maladies chroniques augmente de façon importante. Le suivi des patients, en particulier ceux vulnérables, repose en bonne partie sur les médecins ayant 20 ans et plus d'expérience. La mise en place des GMF devrait inciter les plus jeunes médecins à se diriger vers la prise en charge. Or, ce mouvement tarde à venir. Devrait-on considérer la prise en charge comme une activité prioritaire? Ce qui est quand même particulier, c'est que la non-conformité aux AMP a comme seule conséquence de punir l'omnipraticien en lui retranchant 30 % de son revenu... en cabinet privé!

COMITÉ DES EFFECTIFS MÉDICAUX

Par **D^r Claude Rivard**, président

Il me fait plaisir de commencer cet article en vous annonçant que tous les postes ont été pourvus pour l'année 2010! En effet, la Montérégie a ajouté 29 postes de nouveaux facturants et 20 postes en mobilité interrégionale (MIR), même si seulement 17 postes MIR ont été alloués par le ministre. Ce dépassement s'explique par l'arrivée de médecins ayant plus de 20 ans de pratique qui ne sont pas considérés dans le calcul de répartition au plan régional des effectifs médicaux (PREM). Ceci témoigne de l'attrait pour notre région, autant pour les médecins finissants que pour ceux déjà en pratique.



de l'Agence, ainsi que par M. Jean Gauthier représentant le territoire de Jardins-Roussillon.

Cette nouvelle méthode de calcul prend en considération la pénurie absolue (nombre de médecins nécessaires pour rétablir l'équité entre les territoires) et favorise un rattrapage plus rapide pour les RLS en situation de pénurie importante. Même si les ressources médicales que le MSSS met à notre disposition sont réparties le plus équitablement possible, les besoins à combler restent encore importants. La nouvelle méthode de calcul a été présentée aux directeurs des services professionnels

de la Montérégie, le 29 octobre. Ceux-ci feront une sélection de leurs candidats, en collaboration avec le comité local du DRMG, à la fin de la mise en candidatures le 30 novembre.

Notre plus grande préoccupation a été sans conteste l'ouverture de lits en projets spéciaux (unité de réadaptation fonctionnelle intensive, partenariat public-privé de Saint-Lambert) pour lesquels aucun poste n'a été envisagé par le MSSS. Le DRMG de la Montérégie a dû associer des postes conditionnels à la couverture de ces lits supplémentaires, mais non prévus dans les calculs. Le DRMG a sensibilisé le MSSS au fait de prendre en considération l'attribution de postes supplémentaires dans l'éventualité d'un ajout de lits générés par de nouveaux projets.

Les postes de nouveaux effectifs médicaux par CSSS au PREM 2011 sont répertoriés en ligne à l'adresse : http://extranet.santemonteregie.qc.ca/drmg_prem.html.

Vous pouvez communiquer avec votre représentant local du DRMG pour toute question concernant les activités médicales particulières, le plan des effectifs médicaux de votre CSSS ou le PREM de la Montérégie ainsi que pour toute autre proposition pour aider la première ligne à remplir adéquatement son rôle dans le réseau de santé du Québec.

COMITÉ SUR L'ORGANISATION DES SERVICES MÉDICAUX DE 1^{RE} LIGNE

Par D^{re} Manon Proulx, présidente

En tout premier lieu, j'aimerais vous faire part de la décision du D^r Michel Camirand de quitter son poste de président du Comité sur l'organisation des services médicaux de 1^{re} ligne (COSM). Il a magistralement dirigé ce comité depuis sa création en 2003. Homme de consensus et porteur d'idées, il était apprécié de tous. Avant son départ, il a mené à terme le projet intitulé *Vision du Département régional de médecine générale de la Montérégie* concernant les soins médicaux de première ligne. Ce document définit les enjeux et les visions pour les années à venir. Merci beaucoup Michel pour ton beau travail!



C'est un dossier à suivre dans la prochaine année. De plus, le COSM a travaillé à l'élaboration des principes directeurs de la vision stratégique du DRMG quant à l'organisation des soins de première ligne. En effet, depuis la mise sur pied des DRMG, des changements majeurs se sont opérés. Par exemple :

- l'implantation des guichets d'accès pour la clientèle orpheline;
- le développement de postes de coordonnateurs locaux et d'agents de liaison;
- le nombre croissant de GMF et de cliniques-réseau du territoire;
- le réseautage entre les cliniques de première ligne;
- la collaboration interprofessionnelle qui a grandement évolué.

Ces éléments visent à améliorer l'accès aux soins et la prise en charge par un médecin de famille.

Les comités locaux sont des acteurs de premier plan dans l'organisation des soins de leur réseau local de services puisqu'ils connaissent les caractéristiques propres associées à leur territoire.

Le DRMG joue un rôle intégrateur essentiel à travers ses comités locaux et son comité de direction. En Montérégie, la prise en charge d'une clientèle est l'élément fondamental dans la continuité des soins et le COSM met sa priorité à trouver des solutions pour garantir cette prise en charge.

Fort de mes deux années comme membre élu au comité de direction du DRMG et membre du COSM, j'ai accepté de prendre la relève à la présidence, avec le soutien de toute l'équipe des affaires médicales de l'Agence.

Un travail méticuleux et de longue haleine s'est effectué durant l'année en collaboration avec celle-ci. D'abord, la mise sur pied d'une grille d'évaluation de l'offre de service de nos GMF et des CSSS, puis une tournée de tous nos territoires ont mené à des recommandations pour le renouvellement des GMF au MSSS. Les GMF constituent un modèle privilégié d'organisation de soins et plusieurs recommandations ont été effectuées au comité paritaire MSSS-FMOQ afin de soutenir tous les GMF de la Montérégie.

Nous avons eu aussi à revoir l'offre de service de nos cliniques-réseau déjà existantes et à considérer de nouvelles propositions provenant de cliniques de plusieurs territoires.

COMITÉ DES ACTIVITÉS MÉDICALES PARTICULIÈRES

Par D^{re} Isabel Mayrand, présidente

Les activités médicales particulières (AMP) ont été mises en place initialement pour permettre de couvrir les tâches jugées prioritaires, le but étant d'assurer des soins de base pour la population. Ainsi, notre système de santé deviendrait plus efficace et équitable et la population ne pourrait qu'en bénéficier. L'application des AMP serait donc bénéfique et aiderait à prévenir des ruptures de services. On parle de services médicaux essentiels moins populaires auprès du corps médical parce que moins bien rémunérés ou prodigués en heures défavorables. Les gardes de



24 heures, les soins auprès des aînés et les services obstétricaux et d'urgence en sont des exemples.

En fait, l'application de l'entente particulière sur les AMP a suscité beaucoup de questions et d'incertitudes. Les AMP favorisent les activités en établissement et occasionnent une diminution du nombre de nouveaux médecins qui font de la prise en charge. En pratique, très peu de médecins travaillent dans un centre hospitalier moins de 25 heures par semaine : le seuil obligatoire de 12 heures par semaine est donc purement théorique. Par conséquent, les

COLLOQUE ET ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DU DRMG

Par D^{re} Louise Quesnel, chef du DRMG



Le 14 mai dernier, le DRMG a tenu son colloque *L'Accueil clinique : Une formule gagnante pour la continuité des soins* suivi de son assemblée générale annuelle au Holiday Inn de Longueuil. En matinée, une cinquantaine de gestionnaires, de médecins, d'infirmières et de pharmaciens ont assisté à l'activité d'éducation médicale continue. M^{me} Claire Pagé, présidente-directrice générale de l'Agence, a ouvert le colloque en souhaitant la bienvenue aux participants. Par la suite, une vidéo intitulée *Référer un patient : Les douze travaux d'Astérix* a été présentée aux participants. Cette vidéo présentait de façon humoristique la difficulté de référer un patient en deuxième ligne. L'activité s'est poursuivie avec la présentation des expériences d'accueil clinique des représentants des CSSS de La Vieille-Capitale, du Haut-Richelieu-Rouville, de Richelieu-Yamaska et de La Pommeraie. Les présentations et la vidéo sont disponibles en ligne sur le site Web de l'Agence (www.santemonteregie.qc.ca), dans la section « Événements et colloques ».

Quelques présentateurs des projets d'accueil clinique
De gauche à droite :

D^r Michel Brodeur du CSSS Richelieu-Yamaska,
D^r Denis Lesieur du CSSS La Pommeraie,
M^{me} Colette Viau et D^r Richard Dumouchel
du CSSS Haut-Richelieu-Rouville.

Un gros merci à l'animateur,
aux conférenciers,
aux participants et
aux commanditaires de l'événement :



**De l'avis de tous,
cette journée fut très appréciée!**

CHANGEMENTS AU COMITÉ DE DIRECTION

Par D^{re} Louise Quesnel, chef du DRMG



Lors de sa réunion du 22 septembre dernier, le DRMG a accueilli des nouveaux membres au sein du comité de direction. Voici donc la nouvelle composition du comité.

Tout d'abord, j'aimerais souligner le départ de D^r Michel Camirand, représentant du RLS La Pommeraie au comité de direction de la Montérégie depuis la création du DRMG en 2000. Sa participation dans différents comités a sans aucun doute marqué plusieurs décisions tant au plan du comité de l'organisation des soins de première ligne, dont il était le président, qu'au comité des activités médicales particulières. Sa rigueur, son leadership et sa disponibilité ont inspiré le comité de direction de façon importante. Nous devons aussi souligner son travail acharné dans le cadre du projet CoMPAS, tâche qu'il continuera d'ailleurs d'effectuer. Nous le remercions et lui souhaitons bonne chance dans ses nouveaux défis. D^r Denis Lesieur le remplacera comme représentant du DRMG dans le territoire de La Pommeraie où son engagement n'est plus à documenter. Nous lui souhaitons la bienvenue au sein du comité de direction.

Outre le RLS La Pommeraie, deux autres territoires seront aussi représentés par de nouveaux candidats. Il s'agit du RLS du Suroît, où D^r André Mageau réintègre le comité de direction après une pause de quelques années, et du RLS du Haut-Saint-Laurent, dorénavant représenté par D^{re} Renée Lafrenière.

Une autre nouveauté au comité de direction : la présence de M^{me} Louise Lemay, représentante de la Fédération des

médecins résidents du Québec (FMRQ). L'importance pour nos jeunes médecins de se faire entendre et de participer à l'organisation des soins de première ligne est d'une grande valeur. Nous sommes très heureux de pouvoir partager avec eux leurs priorités et nous espérons répondre davantage à leurs besoins.

Encore une fois bienvenue aux nouveaux membres! Nous espérons qu'ils vivront une expérience enrichissante et intéressante au sein du comité!

Les membres du comité de direction du DRMG

De gauche à droite :

D^r Denis Lesieur, RLS La Pommeraie;
D^{re} Isabel Mayrand, RLS de la Haute-Yamaska;
D^r Richard Desmarais, RLS Pierre-De Saurel;
D^{re} Karyne Amyot, RLS Jardins-Roussillon;
D^r Yves Lambert, RLS Champlain;
D^{re} Louise Quesnel, chef du DRMG;
D^r André Mageau, RLS du Suroît;
D^{re} Manon Proulx, RLS Vaudreuil-Soulanges;
D^r Claude Rivard, RLS Pierre-Boucher;
D^r Michel Brodeur, RLS Richelieu-Yamaska et
D^r Jean Désormeau, RLS Haut-Richelieu-Rouville.

Absente de la photo :

D^{re} Renée Lafrenière, RLS Haut-Saint-Laurent.

NOUVELLES DU PROJET COMPAS!

Par **Brigitte Vachon**, PhD, erg.
Stagiaire postdoctorale
Ottawa Health Research Institute, Université d'Ottawa



Le Collectif pour les meilleures pratiques et l'amélioration des soins et services (CoMPAS) en médecine de famille en Montérégie a pris son envol au printemps dernier. Des ateliers de pratique réflexive sur la problématique du diabète ont été offerts dans les RLS de Pierre-De Saurel et de Vaudreuil-Soulanges et d'autres ateliers sont prévus dans les RLS La Pommeraie et Richelieu-Yamaska. Les professionnels ayant participé à ces ateliers ont exprimé un taux de satisfaction élevé envers la formation. D'ailleurs, le projet CoMPAS a reçu la mention spéciale de l'innovation pédagogique en DPC 2010 du Conseil québécois de développement professionnel continu des médecins.

Rappelons que l'objectif de ces ateliers est de fournir aux médecins, aux infirmières, aux pharmaciens et aux autres professionnels de la 1^{re} ligne d'un territoire précis des données concernant les pratiques et la consommation des soins afin d'identifier des pistes d'amélioration de la qualité des services. En d'autres mots, les ateliers, développés en collaboration avec la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ), fournissent aux professionnels de la 1^{re} ligne un portrait réaliste de la situation actuelle dans leur territoire

et leur permettent de poser eux-mêmes un regard critique sur les pratiques et la consommation de soins de santé par les personnes atteintes de maladies chroniques. Les ateliers ont aussi pour but de favoriser les échanges et le développement de la collaboration interprofessionnelle, un incontournable pour une bonne pratique médicale! Ils permettent d'élaborer des plans d'action simples et concrets où tous les intervenants sont invités à s'engager dans la mise en œuvre des changements et de l'amélioration continue des soins.

D'autres ateliers s'organiseront au courant de l'hiver et du printemps. N'hésitez pas à vous informer auprès de votre comité local du DRMG et à participer à ces ateliers. Des crédits de formation sont accordés par la FMOQ, l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec et l'Ordre des pharmaciens du Québec. L'équipe du projet CoMPAS travaille présentement à identifier des indicateurs pertinents pour la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC). Des ateliers sur cette problématique seront offerts après ceux sur le diabète. Il s'agit d'un projet réalisé pour vous et par vous. Profitez de l'opportunité de vous l'approprier localement!

NOUVEAU ORDONNANCE COLLECTIVE SUR LA PÉDICULOSE

Par D^{re} Patricia Hudson, coordonnatrice du Programme maladies transmissibles, Santé publique

La pédiculose est un problème commun chez les enfants de 3 à 12 ans et le nombre d'infestations semble augmenter au Québec. Les poux de tête ne sont pas dangereux, mais ils sont dérangeants...

Afin de permettre aux personnes infestées de bénéficier d'un traitement efficace dans les plus brefs délais, D^{re} Jocelyne Sauvé, directrice de santé publique, rend disponible une ordonnance collective permettant l'accès à un traitement recommandé par la santé publique et remboursable partiellement ou complètement par les assurances privées ou publiques. Ainsi, cette ordonnance collective permet l'accessibilité économique à certains pédiculicides, offerts en vente libre, pour les enfants et adultes chez qui des poux vivants ou des lentes viables auront été identifiés par eux, leurs proches ou un professionnel de la santé.

Les professionnels visés par cette ordonnance collective sont les pharmaciens communautaires exerçant leur profession sur le territoire de la Montérégie. Ils devront sélectionner un produit pédiculicide parmi la liste des traitements recommandés en tenant compte des précautions et contre-indications.

Cette ordonnance collective est disponible sur le site Internet de l'Agence de la Montérégie à l'adresse suivante : http://extranet.santemonteregie.qc.ca/drmg_contenu.html. Pour toute question ou demande de précision quant à l'interprétation ou l'application de cette ordonnance collective, vous pouvez communiquer avec D^r Stéphane Roy au 450 928-6777, poste 3139.

Nous espérons qu'une meilleure accessibilité aux pédiculicides se traduise par une diminution de la transmission de la pédiculose dans les régions.