

# Des médecins de famille exemplaires



Le D<sup>r</sup> Renald Dutil.

**L**E 19 OCTOBRE DERNIER, à l'occasion de son congrès syndical, la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ) rendait hommage à cinq médecins omnipraticiens qui se sont particulièrement distingués comme médecins de famille dans leurs milieux respectifs.

Interrogés par *Le Médecin du Québec*, ces médecins ont témoigné de l'importance qu'ils ont accordée tout au long de leur carrière à la prise en charge des patients et à la continuité des soins dans chacun des milieux où ils ont exercé. Leur pratique fut intimement associée aux besoins divers de leur clientèle qu'ils nomment affectueusement, avec un certain paternalisme, mais combien rassurant, leurs patients. Pour eux, ce modèle de pratique doit demeurer au centre de l'activité professionnelle des omnipraticiens d'aujourd'hui. Mais ces médecins, dont la carrière s'étend sur plusieurs années, sont aujourd'hui très préoccupés par le devenir de ce modèle.

Le médecin de famille d'aujourd'hui doit exercer dans un contexte difficile, le réseau lui transfère des charges de plus en plus lourdes, mais ne le soutient pas. Ses conditions de pratique ne sont plus compétitives avec d'autres secteurs qui n'exigent pas la même polyvalence ni la même disponibilité.

## Un modèle de pratique encore dominant

Les discussions entourant les recommandations de la commission Clair et l'implantation des premiers groupes de médecine familiale (GMF) ont trop souvent entretenu la perception voulant que les omnipraticiens d'aujourd'hui aient délaissé la prise en charge et le suivi des clientèles pour limiter leur pratique à des secteurs plus singuliers de la médecine. L'étude des modèles de pratique, à l'aide de données probantes, dément cette croyance. La très grande majorité des omnipraticiens, qu'ils exercent dans un cabinet ou dans un CLSC, assurent encore la prise en charge et le suivi de leurs patients. Mais ils ne sont pas assez nombreux et ils travaillent à la limite de leurs capacités. Plusieurs d'entre eux ont choisi, à bon droit, un plan de vie plutôt qu'un plan de carrière. La disponibilité qu'exige le suivi d'une clientèle doit se concilier avec certaines valeurs de qualité de vie. Malheureusement, l'organisation actuelle du réseau de soins et de services, tant en première ligne qu'en deuxième et en troisième ligne, décourage certains d'entre eux et les pousse vers d'autres formes d'activités, sans doute excellentes, mais complémentaires à la prise en charge et au suivi des patients et non substitutives.

## La prise en charge des patients et la continuité des soins: une priorité de la future entente générale

Un consensus s'est rapidement dégagé au dernier congrès syndi-

cal de la FMOQ, selon lequel il faut accorder la priorité à la prise en charge et au suivi des clientèles dans la négociation de notre prochain accord-cadre.

L'amélioration des conditions d'exercice du médecin de famille exige plus que de simples réajustements tarifaires. Ce médecin doit consacrer parfois des heures à trouver les ressources dont son patient a besoin. Il faut agir rapidement

sur le plan de l'organisation des soins. La réforme des soins de première ligne ne peut se faire en « silo ». Elle serait un échec. Il faut intervenir, en même temps, sur l'ensemble du réseau. Le concept qui sous-tend les GMF constitue un modèle intégré d'organisation très intéressant. Mais il ne peut être exclusif. D'autres modèles de réseaux intégrés, déjà mis sur pied grâce à des initiatives locales, sont aussi prometteurs et doivent être soutenus.

Sur le plan conventionnel, la Fédération fera porter ses principales propositions sur la bonification des conditions d'exercice du médecin de famille assurant des activités de prise en charge et de suivi. Déjà, plusieurs études ont été réalisées à cet effet, et des initiatives ont été prises dans le dernier accord-cadre. Il faudra aller plus loin que les amendements tarifaires et les modifications de la nomenclature. Le mode de rémunération à l'acte, en particulier, ne rémunère que la visite du patient. Il ne tient pas compte de l'ensemble des interventions du médecin de famille et des responsabilités qu'il assume. D'autres incitatifs doivent être imaginés. L'identification du médecin de famille, selon des modalités à définir, semble être la clé requise pour modifier ainsi les modes de rémunération. Le médecin de famille, qu'il exerce au cabinet ou dans un CLSC, pourrait ainsi bénéficier d'un forfait de responsabilité qui tienne compte de la disponibilité et des tâches qu'il s'engage à assumer, seul ou en groupe, dans le suivi de ses patients.

Nos jeunes omnipraticiens ont besoin de modèles ; je leur propose celui des cinq médecins de famille exemplaires que nous avons honorés. Mais ce modèle doit être reconnu à son mérite par l'organisation du réseau de la santé. Pour sa part, la Fédération en fait son principal objectif. □

**Renald Dutil, m.d.**  
**Président**

Le 23 octobre 2001