

La FMOQ consulte les responsables des GMF

Le 23 janvier dernier, la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ) a consulté les responsables des groupes de médecins de famille (GMF) sur d'importantes questions concernant leur projet. Au cours des ateliers qu'elle a organisés, trois sujets ont été étudiés :

- le statut juridique des GMF ;
- l'entente transitoire sur les conditions d'exercice et de rémunération des omnipraticiens ;
- l'inscription de la clientèle et la capitation.

Le statut juridique des GMF

Les GMF devraient-ils être une entité légale ? Un statut juridique donnerait plusieurs avantages à ces nouveaux groupes. Les avocats de la FMOQ et ceux du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) se penchent actuellement sur la question.

Qu'en pensent les responsables des GMF ? Ils ont accueilli favorablement l'idée que les groupes soient une entité légale. « À leurs yeux, les médecins formant les GMF devraient être en mesure de présider à leur propre destinée, être autonomes et gérer leur budget et leur personnel », résume le **D^f Jean Rodrigue**, directeur de la

Planification et de la Régionalisation. Par contre, les médecins se montraient très réticents à la perspective d'un partage des revenus, ce qui se produirait si les GMF devenaient des sociétés en nom collectif, comme l'a proposé le gouvernement.

La rémunération pendant la période de transition

Récemment, le MSSS a proposé à la FMOQ de conclure une entente transitoire pour permettre aux GMF de commencer à fonctionner. La Fédération est prête à négocier. « Tout comme la FMOQ, les participants des ateliers estimaient que les omnipraticiens des GMF, des médecins qui acceptent de faire l'effort de changer leur pratique, devraient obtenir une bonification de leur rémunération », explique le D^f Rodrigue.

Et quelle forme prendrait la rétribution des généralistes durant la période de transition pendant laquelle les équipes se transformeraient en GMF ? Les participants estimaient qu'on pouvait continuer à rémunérer les activités cliniques selon les modes actuels. Toutefois, des ajustements seraient nécessaires pour rétribuer des activités comme les réunions multidisciplinaires ou les rencontres administratives.

Inscription et capitation

Quelle position faut-il adopter concernant l'inscription de la clientèle et la capitation, éléments essentiels des GMF pour le Ministère ? Même s'ils ont manifesté peu d'enthousiasme pour l'inscription des patients, les responsables des groupes étaient prêts à accepter la formule. Il leur semblait cependant préférable que la population s'inscrive auprès d'un médecin plutôt que d'un GMF.

Et la capitation ? Les participants estimaient que si la rémunération par capitation était adoptée, elle ne devrait constituer qu'une faible partie des revenus des médecins. La majorité de leur rétribution devrait provenir du paiement des actes ou d'une formule adaptée aux services donnés.

SYNDIGRAPHIES CE MOIS-CI

La FMOQ consulte les responsables des GMF	2
Les membres du RACQ	3
Des solutions novatrices pour recruter des omnipraticiens entretien avec le D ^f Pierre Martin	15
Les accidents médicaux le plan d'action du ministère	21
Médecin honoré par la FMOQ le D ^f Yvon Ménard, un omnipraticien polyvalent	23

sommaire de la revue, page 5 >>>

Travail de la FMOQ

« Cette journée de consultation a permis de constater que la FMOQ et les médecins des GMF étaient au même diapason. Les précisions que ces derniers nous ont apportées vont nous aider dans les négociations. Le président de la Fédération, le **D^r Renald Dutil**, s'est d'ailleurs engagé à consulter les médecins des GMF avant de conclure une entente avec le gouvernement », assure le **D^r Rodrigue**.

La création des groupes de médecine familiale est un dossier important pour la Fédération. Dès la nomination des 13 premiers GMF, en juin dernier, elle a mis sur pied un comité *ad hoc* chargé de visiter chacune des équipes et de recueillir des données. Le groupe est composé, outre du **D^r Rodrigue**, de **M^{me} Isabelle Savard**, conseillère en politique de santé, de **M. Pierre Belzile**, avocat, et de **M. Denis Blanchette**, économiste. En novembre, la FMOQ a également créé avec le Ministère un comité bipartite pour discuter des différents aspects de l'implantation des GMF qui devront être négociés.

Les réflexions du MSSS

Quelques jours avant les ateliers de consultation de la FMOQ, le Ministère avait, de son côté, tenu une journée d'information sur les GMF. Il avait livré aux divers acteurs des documents de travail, un exemple de formulaire d'inscription de la clientèle ainsi que les différentes modalités qu'il propose pour plusieurs aspects des GMF.

Le rôle des infirmières ? Le MSSS les voit comme des professionnelles ayant une formation universitaire de premier cycle ou une expérience de pratique appropriée, qui participeront à la vie de groupe. « Elles s'impliquent activement au niveau clinique, notamment par des discussions de cas, l'élaboration de protocoles, l'évaluation de suivi de clientèles, la présentation de certaines pratiques spécifiques et la participation aux



Le comité ad hoc sur les GMF : de gauche à droite, le **D^r Jean Rodrigue**, **M. Denis Blanchette**, **M^{me} Isabelle Savard** et **M^r Pierre Belzile**.

Photo : Emmanuèle Garnier.

présentations cliniques », mentionne l'un des documents de travail du Ministère.

L'informatisation constitue également un aspect important du projet. Progressivement, les médecins des GMF auront accès aux données et aux outils constituant le dossier clinique informatisé. La phase I du projet comprendra l'installation

d'infrastructures technologiques incluant les postes de travail, les logiciels de base, un réseau local et un lien Internet à haute vitesse. Des outils cliniques, comme des conseillers pharmacothérapeutiques, devraient également être offerts aux omnipraticiens des GMF dès la première phase.

Le Ministère a également présenté divers éléments que devraient comprendre les ententes entre les GMF et le CLSC, le département régional de médecine générale (DRMG) et la régie régionale. Il a aussi précisé les responsabilités qu'il se donnait dans l'organisation des groupes de médecine familiale.

« Cette journée était intéressante parce que pour la première fois, le Ministère a précisé sa position sur un ensemble de questions importantes », juge le **D^r Rodrigue**, qui a assisté à la rencontre. ❧

Les membres du RACQ

La FMOQ et le Regroupement des assureurs de personnes à charte du Québec (RACQ) se sont récemment entendus sur l'utilisation d'un formulaire unique de déclaration médicale qui commence progressivement à être employé. Les membres du RACQ ont également convenu de prendre rendez-vous avec le médecin pour discuter d'un dossier et de lui accorder une rémunération. Les 12 compagnies, membres du

Suite page 16 >>>>

Des solutions novatrices pour recruter des omnipraticiens

Entretien avec le D^r Pierre Martin, président de l'Association des médecins omnipraticiens de la Mauricie



Photo : Emmanuèle Garnier.

Le D^r Pierre Martin.

Le D^r Martin arrive à la présidence de son association avec de nouvelles idées et prêt à emprunter des voies novatrices pour régler l'important problème du manque d'effectifs médicaux dans sa région.

M.Q. – Quelle est votre principale préoccupation en tant que président d'association ?

P.M. – Le manque d'effectifs médicaux. Sans vouloir nous donner le titre de champions des pénuries, je pense que la situation de notre région est l'une des pires, tant à cause du manque d'omnipraticiens que de l'insuffisance de spécialistes.

Nous avons démontré la pénurie de médecins de famille par un petit sondage local dont les résultats ont été publiés dans *Le Nouvelliste*. Nous avons demandé aux patients qui venaient dans les services de consultation sans rendez-vous de différentes cliniques et dans une

pharmacie : « Avez-vous un médecin de famille ? En cherchez-vous un ? » Plus de 2000 personnes nous ont répondu ne pas en avoir. Nous leur demandions aussi combien de personnes dans leur famille étaient dans la même situation. Cela donnait en tout plus de 6000 personnes qui n'avaient pas accès à un médecin de famille. Le sondage a duré environ six semaines. Nous avons arrêté ensuite, parce que cela devenait indécent.

M.Q. – Cette situation ne va pas sans répercussions. Quelles sont celles que vous avez constatées ?

P.M. – Hier, à la salle d'urgence, j'ai examiné un patient qui avait une grave hypertension. Le pharmacien avait surveillé pendant plusieurs semaines la pression de cet homme qui n'avait pas de médecin de famille, puis l'avait envoyé à l'urgence se faire prescrire des médicaments. C'est le pharmacien qui avait d'abord joué le rôle de l'omnipraticien. Mais qui allait assurer le suivi ? Finalement, j'ai décidé de prendre ce patient dans ma clientèle. Ce genre de situation est très pervers. Il y a des gens qui devraient consulter un médecin et ne le font pas parce que l'accès aux soins médicaux est trop difficile.

Quand l'hôpital de Shawinigan a fermé sa salle d'urgence pendant plusieurs semaines à cause du manque d'omnipraticiens, tout le monde a pris conscience de la gravité de la situation. Mais quand une femme a une bosse au sein et ne consulte pas, cela ne paraît ni dans les médias ni dans les statistiques. Cependant, il peut y avoir de graves conséquences. Il n'est pas facile d'évaluer toutes les répercussions de l'absence de soins.

Par ailleurs, la difficulté de consulter un omnipraticien est la pointe de l'iceberg. Après, il est encore plus difficile pour les patients d'obtenir un rendez-vous pour passer des tests ou voir un spécialiste.

M.Q. – Y a-t-il des données officielles qui montrent cette situation ?

P.M. – Oui. On sait que la consommation des soins de santé est plus basse en Mauricie qu'ailleurs. Ce n'est probablement pas parce que notre population est en meilleure santé, ni qu'elle est plus raisonnable et ne consulte que lorsqu'il le faut. Cela indique plutôt que les gens de la Mauricie ont de la difficulté à avoir accès aux soins. Et cela, on le ressent quotidiennement.

M.Q. – Que comptez-vous faire ?

P.M. – Notre objectif cette année est très clair : on aimerait recruter une dizaine d'omnipraticiens pour la région de la Mauricie.

Nous voulons que le recrutement s'effectue de manière régionale, et non de façon individuelle, pour chaque établissement. Nous souhaitons changer la dynamique. Longtemps, les différents centres se faisaient la guerre pour attirer de nouveaux médecins. Maintenant, nos membres commencent à avoir une vision plus large. Récemment, les recruteurs du Centre hospitalier régional de Trois-Rivières (CHRTR) ont fait des démarches auprès de trois jeunes femmes médecins. Finalement, elles ne sont pas allées travailler à l'hôpital, mais se sont quand même installées dans la région, au Cap-de-la-Madeleine. Les recruteurs se sont réjouis que leur travail ait porté





ses fruits. Le CHRTR n'a pas eu de médecins, mais la région en a gagné trois.

Quand la clinique où je travaille, à Trois-Rivières, ne recrute pas d'omnipraticien, cela ne me dérange pas si je sais qu'un médecin est venu s'installer à La Tuque. Parce que les patients qu'il y traitera n'iront pas se faire soigner dans une autre ville. L'individualisme médical nuit à la dynamique de la région. Pour améliorer nos conditions d'exercice, il faut promouvoir ce principe auprès des omnipraticiens du territoire.

M.Q. – Que fait l'Association pour améliorer le recrutement ?

P.M. – Nous travaillons en étroite collaboration avec les recruteurs des établissements de santé. Il y a quelque temps, ils nous ont demandé de les aider à répertorier les besoins des cliniques privées. Nous avons des contacts privilégiés avec nos membres et une expertise dans la fabrication de bottins. Nous allons donc produire un document de travail qui indiquera aux résidents non seulement les besoins des établissements, mais aussi ceux des centres hospitaliers de soins de longue durée et des cabinets privés où ils pourraient éventuellement travailler.

M.Q. – Vous avez également agi sur le plan médiatique ?

P.M. – Je pense que pour faire connaître un problème, il faut le rendre public. C'est dans cette optique qu'on a communiqué récemment avec les médias locaux. Je crois que, grâce au sondage, nous avons démontré aux journalistes qu'il y avait un problème d'accès aux soins de première ligne dans la région. Nous avons également voulu publiciser

la situation pour que les élus en soient plus conscients. Ils ont d'ailleurs eu à répondre aux questions des journalistes sur ce sujet.

M.Q. – Et du côté de la Fédération ?

P.M. – La Fédération nous a récemment proposé une solution très intéressante pour accroître le recrutement : créer une unité de médecine familiale (UMF) au CHRTR. Puisque le nombre d'admissions dans les facultés de médecine va augmenter, la mise sur pied d'une nouvelle UMF deviendra nécessaire. Je crois beaucoup à cette avenue. En amenant des résidents dans la région, nous accroîtrons la probabilité que certains s'y installent.

Je pense que notre centre hospitalier régional a tout ce qu'il faut pour avoir une UMF. Le CHRTR est constitué de deux hôpitaux, ce qui en fait, si ma mémoire est bonne, le huitième plus important établissement de soins de la province. Il est ainsi en mesure d'offrir à une clientèle d'étudiants en médecine une panoplie de problèmes médicaux qui s'inscrivent très bien dans le cadre d'une formation universitaire.

La Fédération nous a offert sa collaboration pour réaliser ce projet, ce que nous apprécions beaucoup. Nous voulons aussi travailler avec notre centre hospitalier régional et les universités. Nous ne sommes pas rendus très loin, mais c'est une voie que nous allons privilégier au cours des prochains mois.

M.Q. – Allez-vous agir sur d'autres plans ?

P.M. – Nous voulons faire la promotion de la région auprès des omnipraticiens. Nous comprenons mal que la Mauricie soit boudée par les futurs médecins. La Gaspésie, qui est plus éloignée, est mieux

pourvue en omnipraticiens. Une ville comme Trois-Rivières est bien située géographiquement ; elle est à environ une heure de Montréal, de Québec et de Sherbrooke.

Évidemment, le recrutement serait beaucoup plus facile si nous disposions de mesures incitatives. Nous avons fait des démarches auprès de la Fédération pour en obtenir, mais nous n'attendons pas qu'elles aboutissent. Nous allons continuer à aider les responsables du recrutement et faire valoir les attraits de la Mauricie aux nouveaux omnipraticiens.

M.Q. – Voyez-vous des solutions globales pour permettre une meilleure répartition des effectifs médicaux ?

P.M. – Je pense que chaque année, il faudrait permettre aux régions dont les besoins en effectifs sont les plus criants d'avoir des mesures incitatives. Cela donnerait aux recruteurs de ces endroits la possibilité, au moins pour un an, d'offrir davantage aux nouveaux diplômés. Les résidents considéreraient ce facteur dans le choix de leur lieu d'installation. Cela devrait même être publicisé.

La FMOQ, pour sa part, devrait indiquer à la Fédération des médecins résidents les régions où les pénuries d'omnipraticiens sont les plus importantes. C'est stimulant pour les jeunes cliniciens qui ont décidé de s'installer dans les zones plus éloignées de travailler dans un endroit où l'on a vraiment besoin d'eux.

Actuellement, on dit aux futurs omnipraticiens qu'il y a des pénuries dans toutes les régions, que peu importe où ils iront, ils seront utiles. C'est vrai, mais pas de la même manière. À mon avis, un médecin qui va travailler en Mauricie est plus utile que celui qui s'installe dans la ville de Québec. ☘

◀◀◀ Suite de la page 3

RACQ, à qui s'applique cet accord, sont :

- AXA Assurances inc.
- Assurance-vie Banque Nationale
- Croix Bleue du Québec

- Desjardins Sécurité financière
- L'Excellence, Compagnie d'assurance-vie
- L'Internationale, compagnie d'assurance-vie
- L'Union-Vie, compagnie mutuelle d'assurance
- La Capitale assurances MFQ inc.
- La Survivance, compagnie mutuelle d'assurance-vie
- Optimum Réassurance inc.
- Promutuel Vie inc.
- SSQ-vie groupe financier. ☞

Les accidents médicaux

le plan d'action du ministère

21

La *Loi sur les services de santé et les services sociaux* pourrait bientôt comporter des amendements sur la sécurité des patients et la divulgation des accidents évitables. Ces modifications sont susceptibles d'être soumises à l'Assemblée nationale dès la session du printemps 2002.

« Concrètement, cela voudra dire, par exemple, qu'un établissement de santé aurait l'obligation légale non seulement de dévoiler l'accident au patient, mais de lui expliquer les mesures prises pour réparer le préjudice subi et pour éviter qu'une telle situation ne se reproduise », a annoncé le ministre de la Santé et des Services sociaux, **M. Rémy Trudel**. Il était entouré pour l'occasion du **D^r Denis-Richard Roy**, président du nouveau Groupe national d'aide à la gestion des

Suite page 24 >>>

le D^r Yvon Ménard, un omnipraticien polyvalent



Photo : Emmanuèle Garnier.

Le D^r Yvon Ménard.

PARFOIS, le diagnostic qui s'abat sur le patient est trop lourd. Il refuse de porter ce fardeau. Consultation après consultation, le médecin doit l'aider à apprivoiser la maladie, à faire face à ses conséquences, à accepter la thérapie. Puis, le malade franchit la barrière invisible. Un délic se produit. « À cette étape, le patient devient fidèle à son traitement et profite alors de notre science », explique le D^r Yvon Ménard. Médecin de famille depuis 38 ans, le D^r Ménard est l'un des omnipraticiens que la FMOQ a honorés lors de son congrès syndical. Il aime savoir que les connaissances médicales peuvent changer le cours d'une vie. « Ce qui m'intéresse, c'est de sensibiliser un patient ou une famille aux risques auxquels ils sont exposés pour qu'ils puissent corriger leur équilibre de vie. »

Le D^r Ménard pratique la médecine générale à Longueuil depuis le milieu des années 60, entre autres au centre hospitalier Charles-Lemoyne. « J'aime particulièrement travailler à l'hôpital, parce que c'est un lieu de discussion où l'on fait face à de nombreux défis. Il y a toujours des cas compliqués. On parle des problèmes avec les spécialistes. On est à la

fine pointe de la technologie. » Le clinicien a connu à l'hôpital tous les départements, goûté à toutes les pratiques. Urgence, obstétrique, néonatalogie, pédiatrie, soins aux patients alités et finalement, psychiatrie.

De l'urgence à la psychiatrie

La pratique à l'urgence a été l'une des passions d'Yvon Ménard. Il y a exercé une vingtaine d'années. « On ne sait jamais quel cas va arriver. » Les défis sont énormes. Il faut réagir rapidement. Et il y a le travail d'équipe. Le réconfort de pouvoir compter sur les autres membres du groupe. En 1984, cependant, la vie professionnelle du D^r Ménard bascule à cause d'une blessure au genou. Le clinicien est opéré, mais la guérison s'effectue mal. Pendant trois ans, il s'astreint à des séances de physiothérapie qui lui permettront de retrouver l'usage de sa jambe, mais il devra renoncer au travail à la salle d'urgence.

Le D^r Ménard réoriente alors sa pratique hospitalière et se joint au département de psychiatrie. « Ce fut ma façon de négocier mon changement de vie et d'accepter ma maladie. » Il retrouve en psychiatrie le travail d'équipe qu'il aime tant, mais doit s'adapter à un rythme moins trépidant. « En psychiatrie, on a le temps de regarder évoluer une situation. » Lui qui, à l'urgence, était seul à prendre les décisions doit apprendre à s'ouvrir à celles du patient. L'adaptation est difficile, mais cet autre univers a ses côtés fascinants. Il a une large dimension sociale et permet de pénétrer davantage dans la communauté. La pratique de la médecine y est également différente. « La maladie psychiatrique colore la façon dont le patient voit ses symptômes physiques. Nous devons interpréter cela. C'est intéressant. »

Depuis le tout début de sa pratique, le D^r Ménard exerce également dans un cabinet privé. « C'est le long terme qui m'in-

téresse dans ce type de pratique. » Le clinicien suit certains patients depuis plus de 30 ans. Il les a vus traverser les événements, changer de conjoint, connaître des périodes heureuses et des moments difficiles. Il les a traités, a vu naître leurs enfants, et soigne maintenant cette deuxième génération.

Quatorze ans de syndicalisme

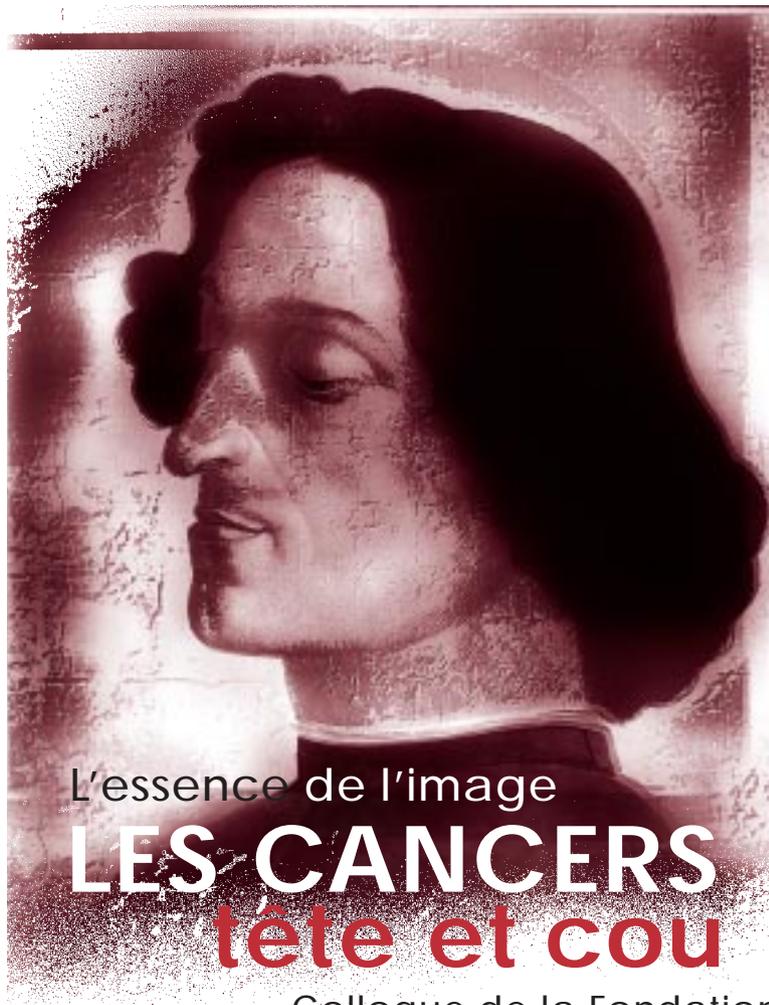
Le D^r Ménard a par ailleurs une grande expérience dans les activités médico-administratives. Il a entre autres été membre élu de la Conférence des commissions régionales, membre du Bureau du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens de son hôpital et responsable de l'urgence.

Pendant 14 ans, l'omnipraticien a également été président de l'Association des médecins omnipraticiens du Richelieu-Saint-Laurent. C'est une mésaventure avec la Régie de l'assurance-maladie qui l'a amené au syndicalisme. Une erreur de facturation faite de bonne foi, qui était en outre plus avantageuse pour le gouvernement que le système qu'il aurait fallu appliquer. Le D^r Ménard a néanmoins été sanctionné. L'épisode lui a laissé un goût amer d'injustice. « C'est là que je me suis aperçu de l'importance qu'avaient les ententes conclues par le syndicat. Cela m'a appris à mieux lire les textes et m'a amené à sensibiliser mes confrères à cette question. »

Le D^r Ménard est particulièrement fier du travail qu'il a effectué sur le terrain en tant que président d'association. Avant son arrivée, les réunions syndicales étaient peu courues. Lui a fait plusieurs tournées des hôpitaux : Hôtel-Dieu de Sorel, Hôpital de Saint-Jean, par la suite hôpital Pierre-Boucher, et évidemment, Charles-Lemoyne. Il y rencontrait les médecins, discutait de leurs problèmes et sensibilisait les chefs de médecine générale au syndicalisme. « Moi non plus, je ne voyais pas auparavant l'importance du syndicalisme dans ma vie de tous les jours. » ☘



Le ministre Rémy Trudel entouré du D^r Denis-Richard Roy et de M^{me} Michèle Beauchemin-Perreault.



L'essence de l'image

LES CANCERS tête et cou

Colloque de la Fondation
québécoise du cancer
pour les professionnels de la santé

5 avril 2002

Hôtel Marriott Château Champlain Montréal
Inscrivez-vous avant le 22 mars



ORTHO BIOTECH

www.fqc.qc.ca
1.877.336.4443

◀◀ Suite de la page 21

risques et à la qualité, et de M^{me} Michèle Beauchemin-Perreault, qui y est la représentante de la population.

Une étude pour réduire les accidents évitables

Pour faire suite au rapport Francoeur *La Gestion des risques, une priorité pour le réseau*, déposé il y a un an, le ministre a lancé un plan d'action qui comprend, outre des modifications législatives, différentes mesures. L'une des plus importantes est la mise sur pied d'une recherche sur les accidents évitables dans le réseau de la santé. Cette étude, qui débutera au printemps, permettra de déterminer les corrections à apporter pour réduire les accidents médicaux.

« Des recherches américaines laissent entendre que, dans 85 % des cas, les incidents de ce genre résultent d'une organisation déficiente plutôt que d'une faute professionnelle personnelle. Si cela se confirme, nous avons la responsabilité de procéder aux modifications structurelles qui s'imposent », a expliqué M. Trudel.

Le plan d'action annoncé par le ministre prévoit également la création d'un registre des accidents médicaux. Ces données seront ainsi systématiquement répertoriées à l'échelon local et national, puis analysées.

M. Trudel a également révélé qu'un groupe de travail sera créé pour étudier la question de l'indemnisation des victimes. « Actuellement, nous vivons avec le régime de responsabilité civile géré par le Code civil. Le rapport Francoeur nous suggérerait d'étudier les conséquences qu'aurait la création d'un régime d'indemnisation sans égard à la faute. » ❧