

par Emmanuèle Garnier

Le décret « punitif »

les conséquences depuis vingt ans

Photos : Emmanuèle Garnier.



Le D^r William Barakett.

médecins omnipraticiens de Yamaska. Le *Règlement sur la rémunération différente pour les médecins*

« Je me souviens très bien qu'en 1982, cela nous est tombé du ciel au cours de notre mouvement de contestation. Le ministère de la Santé et des Services sociaux nous a imposé un décret, prétendument pour encourager les médecins à aller dans les régions. Au fil des années, cette mesure a beaucoup affecté les omnipraticiens », se rappelle le **D^r William Barakett**, président de l'Association des

omnipraticiens durant les premières années d'exercice de leur profession réduisait à 70 % la rémunération de base des jeunes généralistes durant les trois premières années de pratique dans certaines régions.

Vingt ans plus tard, quelles sont les répercussions de cette mesure ? Dans les régions limitrophes de Montréal, « le décret punitif », comme beaucoup l'appellent, a eu un effet dévastateur sur le recrutement d'omnipraticiens dans les cabinets privés. Les CLSC et les hôpitaux, eux, ont été épargnés par le Règlement dans ces zones.

« Nous n'avons pas recruté d'omnipraticiens dans un cabinet privé depuis 10 ans. Je suis la dernière arrivée. Les autres médecins ont été drainés par le CLSC »,



La D^{re} Christiane Simard.

constate la **D^{re} Christiane Simard**, présidente de l'Association des médecins omnipraticiens du Sud-Ouest. La clinicienne comprend cependant les jeunes médecins d'être peu tentés par les cliniques médicales. Endettés après leurs études, ils redoutent les frais d'exercice et, en outre, appréhendent un peu le travail dans un cabinet privé, pratique à laquelle ils ont été peu initiés au cours de leur formation.

Le décret pourrait maintenant avoir de nouveaux effets pervers susceptibles d'aggraver la situation. « Il y a une dizaine d'années, les jeunes médecins s'installaient souvent dans un cabinet au bout de trois ans, lorsqu'ils n'étaient plus touchés par le décret. Maintenant, ce ne semble plus être le cas. J'ai l'impression que lorsque les jeunes omnipraticiens n'ont pas pris l'habitude de travailler

SYNDIGRAPHIES CE MOIS-CI

*Le décret « punitif »
les conséquences depuis vingt ans* 1

*Régions éloignées
des bourses plus généreuses
pour attirer les jeunes médecins* 2

*Diverses solutions pour retenir
les médecins dans les régions éloignées
entrevue avec le D^r Pierre-Paul Tremblay* 3

sommaire de la revue, page 7 >>>

Le D^r Yves Langlois.

dans un cabinet privé dès le début de leur pratique, ils s'y établissent ensuite plus difficilement », remarque le **D^r Yves Langlois**, président de l'Association des médecins omnipraticiens du Richelieu-Saint-Laurent.

Dans une région comme Lanaudière, frappée par une importante pénurie de médecins, le décret est ressenti comme une profonde injustice. « Cette région est reconnue comme la moins bien pourvue au Québec en effectifs médicaux compte tenu de la population à desservir. Malgré cela, le décret punitif pénalise les jeunes médecins qui veulent s'y établir dans un cabinet privé. » Le **D^r Jean-Pierre Boucher**, président de l'Association des médecins omnipraticiens de Laurentides-Lanaudière, plaide sa cause données objectives à l'appui. Il a lui-même réclamé régulièrement l'abolition

du décret auprès de plusieurs politiciens, dont l'ex-ministre **M. Guy Chevrette**.

Les plans régionaux d'effectifs médicaux

Quelle est la solution ? Modifier le décret ? L'abolir totalement ? « Il faut faire des plans d'effectifs territoriaux. Nous devons également établir un ratio de médecins pour une population donnée. Lorsque dans une région la proportion de médecins sera en deçà du taux fixé, le décret de 70 % ne devrait pas s'appliquer »,

préconise le D^r Barakett. La D^{re} Simard abonde dans ce sens. « Il vaudrait beaucoup mieux mettre en application le décret en tenant compte des besoins des régions plutôt que de l'imposer sur une base géographique. »

Le système pourrait être établi de manière très fine. « On devrait revoir le décret sur la base d'un plan d'effectifs non seulement régional, mais même sous-régional », propose le D^r Langlois. D'importantes disparités peuvent exister au sein d'un même territoire. Dans Richelieu-Saint-Laurent, par exemple, des sous-régions comme Lacolle ou Sorel ont des besoins plus criants que celles qui jouxtent Montréal.

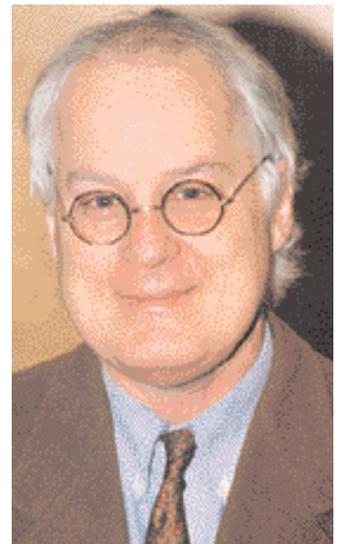
Différentes variantes du système sont possibles. « On pourrait imaginer que tous les ans, on lèverait le décret dans la région du Québec la plus faiblement pourvue en effectifs selon des critères objectifs, comme le rapport médecins-population », suggère pour sa part le D^r Boucher. Le coût de cette mesure ne serait pas énorme dans une région comme la sienne, fait-il valoir. ☞

Régions éloignées

des bourses plus généreuses pour attirer les jeunes médecins

Pour attirer davantage de jeunes omnipraticiens dans les régions éloignées, le ministère de la Santé et des Services sociaux offrira des bourses plus généreuses aux étudiants et aux résidents qui s'engageront à y pratiquer à la fin de leur formation médicale.

Dorénavant, les futurs généralistes pourront obtenir deux bourses de 15 000 \$ pendant les deux dernières années de leurs études universitaires, et deux bourses de 20 000 \$ durant les deux années de résidence en médecine

Le D^r Jean Rodrigue.

Suite page 4 >>>

Diverses solutions pour retenir les médecins dans les régions éloignées

entrevue avec le D^r Pierre-Paul Tremblay,
président de l'Association des médecins omnipraticiens du Bas-Saint-Laurent



Photo : Emmanuèle Garnier.

Le D^r Pierre-Paul Tremblay.

M.Q. – Votre région connaît des pénuries d'effectifs médicaux, comment atténuer ce problème ?

P.P.T. – La FMOQ et notre association ont déjà commencé à trouver des solutions. On sait que les médecins des régions pratiquent beaucoup en deuxième ligne, en particulier dans les hôpitaux. Nous avons commencé à nous assurer qu'ils bénéficient d'une meilleure rémunération pour leur travail auprès des malades hospitalisés.

Ce qui pourrait également nous

aider à retenir un peu plus nos médecins, ce serait de rémunérer les tâches médico-administratives et le travail au sein d'une équipe multidisciplinaire. L'omnipraticien payé à l'acte doit faire tout ce travail bénévolement en plus de ses activités médicales. Les tâches médico-administratives à elles seules exigent des médecins des régions plusieurs heures par mois, parce qu'ils sont peu nombreux à se diviser le travail.

La création d'un mécanisme de dépannage intrarégional pourrait également contribuer à garder les médecins dans les régions. Un certain nombre d'omnipraticiens du Bas-Saint-Laurent seraient prêts à travailler davantage. En plus de leur tour de garde et de leur pratique, ils accepteraient d'aller travailler ailleurs dans la région. Cependant, ils ne bénéficient pas des mêmes avantages que les omnipraticiens qui font partie de la banque de dépannage. Un mécanisme de dépannage intrarégional favoriserait une plus grande complémentarité au sein de la région.

Je pense par ailleurs qu'augmenter le nombre de sorties rémunérées à l'extérieur des régions serait une bonne idée. À peu près aucun om-

nipraticien ne réussit à prendre les 20 jours de ressourcement auquel il a droit annuellement, parce que nous sommes restreints à quatre sorties payées. Il faudrait donc songer à augmenter leur nombre à cinq ou à six.

M.Q. – Que pensez-vous de la possibilité d'abolir le décret qui réduit à 70 % la rémunération des jeunes médecins dans les régions urbaines et périphériques ?

P.P.T. – Personnellement, je souhaite la disparition de ce décret. Cependant, il faudra que l'on maintienne une différence respectable entre la rémunération des médecins des régions éloignées et celle des omnipraticiens des régions urbaines et péri-universitaires. Actuellement, il y a une différence de 45 % entre les jeunes médecins des régions urbaines, qui gagnent 70 % du taux de base, et ceux des régions éloignées, qui ont droit à 115 %. Si la rémunération des premiers monte à 100 %, il n'y aura plus qu'une différence de 15 %, ce qui n'est absolument pas suffisant. On devra donc augmenter la rétribution des médecins des régions à environ 140 %. Mais il faudra s'assurer que les omnipraticiens qui y auront droit répondront aux besoins des régions et ne feront pas

uniquement ce qu'ils désirent.

M.Q. – Et si le décret n'était aboli que dans les régions où les effectifs sont inférieurs au nombre fixé par les PREM (plans régionaux d'effectifs médicaux) ?

P.P.T. – Dans ce cas-là, il faudrait que le PREM tienne compte des caractéristiques de la population, des services médicaux de la région et de différentes variables. On ne peut comparer le nombre d'omnipraticiens présents dans les régions éloignées avec celui des zones urbaines. Dans les territoires éloignés, il y a un nombre critique à respecter. Les médecins qui y travaillent doivent participer aux activités de deuxième et même de troisième ligne parce qu'il y a peu ou pas de spécialistes pour leur prêter main-forte. Dans la municipalité régionale de comté de Matane, par exemple, où la population est d'environ 24 000 personnes, il faut plus de 28 omnipraticiens pour dispenser l'ensemble des services médicaux. Cela fait plus d'un généraliste par 1000 personnes. On ne peut donc faire une simple com-

paraison mathématique entre le nombre de médecins nécessaire dans les régions éloignées et celui que requièrent les territoires urbains.

M.Q. – Que souhaitez-vous obtenir pour le Bas-Saint-Laurent au cours de la prochaine négociation ?

P.P.T. – Il y a une blessure qui n'est toujours pas guérie depuis la dernière entente : la décision unilatérale du ministère de la Santé et des Services sociaux d'exclure Rimouski et Rivière-du-Loup des régions désignées. Les médecins des autres zones éloignées ont droit à une rémunération de 120 % à partir de la quatrième année dans les cabinets et de 125 % dans les établissements, et après six ans, leur rétribution passe à 130 % dans les établissements. Je pense que la ville de Rimouski, dont les médecins n'ont droit à aucun de ces avantages, et Rivière-du-Loup, où les médecins ne les ont pas pour le travail à l'hôpital, sont toutes les deux lésées. Tant la FMOQ que l'Association doivent continuer à se battre pour changer la situation.

M.Q. – Comment envisagez-vous

l'amélioration de la prise en charge et du suivi des patients ?

P.P.T. – Je suis d'accord pour que les médecins des groupes de médecine familiale bénéficient de bonifications financières, mais il faut être conscient que la prise en charge et le suivi des patients se font avant tout dans les cabinets médicaux. Il est important que les médecins qui y travaillent aient une rémunération adéquate et reçoivent une aide financière pour leurs frais de pratique.

Je pense que le forfait de prise en charge et de suivi que va demander la Fédération au cours de la prochaine négociation est une voie intéressante. Cela permettrait aux médecins de bénéficier d'un forfait de responsabilité en plus du tarif de la consultation lorsqu'ils traitent des patients vulnérables. J'estime cependant qu'il faudra tenir compte des régions où pratiquent les omnipraticiens. Le suivi d'un patient qui souffre d'insuffisance cardiaque dans une zone éloignée est le même qu'en ville, mais le médecin ne dispose pas des mêmes ressources. Il

Le Médecin du Québec, 1440, rue Sainte-Catherine Ouest, bureau 1000, Montréal (Québec) H3G 1R8; téléphone : (514) 878-1911 ou 1 800 361-8499; télécopieur : (514) 878-4455; courrier électronique : medque@fmoq.org, revue mensuelle publiée par la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, est envoyé à toute la profession médicale. Les médecins omnipraticiens et résidents sont abonnés au coût de 12 \$ par an. Abonnement : 86,27 \$ (TTC); autres provinces du Canada, 80,25 \$ (TTC); à l'extérieur du Canada, 100 \$.

Envoi de Poste – Publications – Convention n° 40068972 – Enregistrement n° 09832.

◀◀◀ *Suite de la page 2*

familiale. Auparavant, le montant auquel ils avaient droit était plafonné à 10 000 \$ par année.

Le futur médecin qui bénéficiera de ces mesures devra cependant exercer dans une région désignée pendant un nombre d'années égal au nombre de bourses reçues. « Ainsi, un étudiant en médecine pourrait bénéficier d'un montant total de 70 000 \$ en vertu du

ne peut recourir aussi aisément à un spécialiste. Il faut donc tenir compte du travail qu'exige le suivi pour l'omnipraticien.

M.Q. – Que pensez-vous de la création d'un régime supplémentaire de retraite ?

P.P.T. – Le Bureau de la FMOQ présente ce fonds de retraite comme un moyen d'encourager les médecins à pratiquer jusqu'à l'âge de 65 ans. Je pense qu'il faut plutôt considérer ce régime comme un dû qui revient aux médecins qui ont fourni pendant 30 ou 35 ans des services à la population au sein d'un réseau de soins administré par le gouvernement. À mes yeux, c'est un droit et rien d'autre. Je pense que les médecins doivent pouvoir prendre leur retraite au moment où ils le jugent opportun.

M.Q. – Vous semblez noter un manque d'intérêt pour les activités syndicales dans votre région. Comment l'expliquez-vous ?

P.P.T. – L'Association du Bas-Saint-Laurent n'est pas seule dans cette situation. Le travail médical est très

lourd et très important dans les régions éloignées. De plus, les distances entraînent des coûts et un manque à gagner qui ne sont pas remboursés, comme le temps requis pour les déplacements. Je suis président de l'Association depuis six ans, et je cherche toujours des solutions pour régler ce problème. Il faudrait probablement faire une table ronde réunissant toutes les associations des régions éloignées pour tenter de trouver des manières d'intéresser les omnipraticiens à l'activité syndicale et de travailler ensemble de façon complémentaire. C'est une idée que je lance. Cela pourrait peut-être donner des résultats.

M.Q. – Vous êtes vous-même président depuis plusieurs années et avez été auparavant vice-président pendant huit ans. Qu'est-ce qui vous a motivé ?

P.P.T. – Je fais partie du Bureau de l'Association depuis 22 ans. Ma principale motivation était de faire reconnaître l'omnipraticien dans les régions. Ce que je considère comme

la plus grande victoire des présidents des régions éloignées, c'est l'entente sur le patient hospitalisé. Je me suis longtemps battu pour cela. J'ai fait des pressions sur le Bureau de la FMOQ, sur le Conseil, auprès du président de la Fédération pour que les médecins qui travaillent à l'hôpital soient mieux rémunérés. Il y a cinq ans, faire la tournée et s'occuper des malades hospitalisés relevait du bénévolat. Mais maintenant, grâce à la dernière entente qui accorde un forfait en plus du pourcentage de l'acte, les omnipraticiens pratiquant dans les hôpitaux régionaux sont mieux rémunérés et plus heureux de travailler. Je suis certain que ce gain nous a permis de garder plusieurs médecins dans la région. Bien des généralistes seraient partis autrement.

Les forfaits à l'urgence ont aussi été un acquis intéressant. Pendant 18 ans, j'ai moi-même assuré à l'hôpital des services de garde la nuit sans aucune rémunération. Si me je suis engagé dans l'Association, c'est pour changer des choses. ☘

nombre maximum de quatre bourses prévues au programme en s'engageant à pratiquer pendant quatre ans dans une région éloignée », explique le ministre de la Santé et des Services sociaux, **M. François Legault**.

Les territoires désignés par le ministre sont l'Abitibi-Témiscamingue, la Gaspésie, les Îles-de-la-Madeleine, la Côte-Nord, le Nord-du-Québec, le Lac-Saint-Jean, le Bas-Saint-Laurent, le Nunavik, les Terres-Cries-de-la-Baie-James, La Tuque, Maniwaki, Shawville et la

municipalité régionale de comté Antoine-Labelle.

« Nous sommes très satisfaits de cette mesure. La Fédération, qui siège au comité de répartition des médecins boursiers, avait demandé à maintes reprises un régime de bourses plus généreux pour les futurs omnipraticiens prêts à exercer dans les régions éloignées », commente le **D^r Jean Rodrigue**, directeur de la Planification et de la régionalisation à la FMOQ. ☘