

Assemblée de Montréal

projet de loi 142 : de nouvelles règles du jeu



Photo : Emmanuèle Garnier.

Le 22 novembre dernier, l'Association des médecins omnipraticiens de Montréal (AMOM) tenait son assemblée générale. La salle était bondée. Les enjeux étaient importants : la prolongation de l'accord-cadre,

avec ses augmentations dans certains secteurs de pratique, et le projet de loi 142 déposé à l'Assemblée nationale, avec ses nouvelles règles pour les médecins.

« Les négociations entre la Fédération et le gouvernement ont permis d'en arriver à des propositions sur la prolongation de l'entente générale. Mais rien n'a encore été signé », a expliqué le **D^r Renald Dutil**, président de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ). Les généralistes montréalais allaient d'ailleurs avoir à se prononcer sur ces offres à la fin de la soirée.

Les grandes lignes de l'éventuel allongement de l'entente ont été présentées à tous les omnipraticiens dans un bulletin qui leur a été envoyé récemment.

Elles comprennent, entre autres :

- une augmentation moyenne de quelque 17 % de la rémunération des médecins travaillant à l'urgence ;
- un protocole de suivi et de prise en charge des clientèles vulnérables accordant aux cliniciens des cabinets privés qui y adhèrent 7 \$ pour chaque visite de patients de 70 ans et plus ou atteints de certaines maladies graves. Les médecins des CLSC, pour leur part, auront droit à un forfait annuel de 15 \$ pour chacun de ces patients ;

SYNDIGRAPHIES CE MOIS-CI

<i>Assemblée de Montréal</i>	
<i>projet de loi 142 : de nouvelles règles du jeu</i>	1
<i>Urgence de Shawinigan</i>	
<i>un partenariat avec les médecins</i>	
<i>de l'Hôpital Pierre-Boucher</i>	17
<i>Abolir le décret punitif, mais maintenir la différence salariale</i>	
<i>entretien avec le D^r Jean-Yves Boutet</i>	18
<i>Spécialistes-gouvernement</i>	
<i>les médecins spécialistes cherchent à rétablir le dialogue</i>	110
<i>Collège des médecins de famille du Canada</i>	
<i>intéresser les étudiants à la médecine familiale</i>	111
<i>Célébrer la médecine en français</i>	111
<i>Le D^r Marc Billard, médecin de famille de l'année au Québec</i>	149

sommaire de la revue, page 5 >>>

- une majoration de 2 % pour les omnipraticiens rémunérés à honoraires fixes et à tarif horaire ;
- un redressement d'environ 17 % pour les médecins exerçant en anesthésie ou dans une unité de soins coronariens ou intensifs ;
- une bonification de 2 % de la rémunération de la pratique dans les unités de soins de courte durée, en obstétrique et auprès des patients admis dans un centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD).

Majoration totale de l'enveloppe budgétaire destinée à la rémunération des médecins omnipraticiens : 7,5 %.

Pour parler sur le projet de loi 142

Une autre partie des discussions que la Fédération a eues avec le gouvernement au cours des derniers mois portait sur les amendements législatifs que le ministre **François Legault** a déposés à l'Assemblée nationale. Le projet de loi 142 établira de nouvelles règles concernant les activités médicales particulières (AMP) et les plans régionaux d'effectifs médicaux (PREM).

Ce seront toutefois les ententes particulières que le ministère de la Santé et des Services sociaux négociera avec la FMOQ qui fixeront les modalités d'application des AMP et des PREM.

« Il est inscrit dans ce projet de loi qu'une entente doit être conclue d'ici le 30 avril 2003 et que si la Fédération ne veut pas négocier ou n'arrive pas à s'entendre avec le ministère, le gouvernement procédera par décret. C'est le cadre dans lequel nous devons travailler », a précisé le D^r Dutil.

La partie la plus litigieuse des discussions à propos du projet de loi 142 : les activités médicales particulières. Les paramètres d'une éventuelle entente particulière sur les AMP pourraient être les suivants :

Médecins pratiquant depuis 15 ans ou moins

Ces cliniciens devront effectuer 12 heures par semaine, ou l'équivalent, dans l'un de ces secteurs :



La période de questions.



Une assemblée attentive.

- urgence ;
- unités de soins de courte durée ;
- centres d'hébergement et de soins de longue durée ;
- obstétrique.

Omnipraticiens ayant entre 15 et 20 ans de pratique

Ces médecins devront travailler six heures, ou l'équivalent, dans l'un des secteurs précédents.

Cliniciens exerçant depuis 20 ans et plus

Les exigences s'assouplissent énormément. Ces omnipraticiens devront s'inscrire au Département régional de médecine générale (DRMG) et effectuer une partie de leurs AMP dans des activités approuvées par ce dernier, ce qui pourra comprendre le suivi d'une clientèle

vulnérable. Un nombre minimal d'heures ne sera pas exigé.

Les solutions de rechange

Qu'arrive-t-il aux médecins ayant moins de 20 ans d'expérience s'il n'y a plus d'AMP à effectuer dans leur région ? Ils pourraient devoir remplir leurs obligations en travaillant à un service d'urgence d'une autre région situé à moins de 75 km de leur lieu de pratique. Si aucune salle d'urgence dans ce rayon n'a besoin de leurs services, ils pourraient alors effectuer leurs activités prioritaires en suivant, par exemple, une clientèle vulnérable dans un cabinet ou un CLSC.

Les sanctions pour les réfractaires ? Le ministère veut voir imposer une pénalité de 30 % à ceux qui n'adhéreront pas à l'entente ou n'en respecteront pas les conditions.

La Fédération, consciente que les AMP actuelles étaient discriminatoires pour les jeunes médecins des cabinets privés, avait proposé des solutions plus souples au ministère. « Nous désirions que tous les omnipraticiens d'une région assument leur juste part des activités qui leur incombent. La formule aurait cependant tenu compte de leurs compétences, de leurs intérêts professionnels, de leurs années de pratique et de leur état de santé, a rappelé le D^r Dutil. Nous voulions également que l'on recoure à des incitatifs plutôt qu'à des pénalités pour encourager les médecins à participer. »

Les PREM

Selon le projet de loi 142, les omnipraticiens ne pourront s'installer dans une région que dans le cadre d'un PREM conforme à des objectifs de croissance ou de décroissance. La Fédération discute actuellement avec le ministère pour déterminer ces objectifs et en fixer les règles de gestion afin de s'assurer que les modalités d'application auront toute la souplesse requise.

Le projet de loi offre par ailleurs une contrepartie à la création des nouveaux PREM : l'abolition du décret punitif qui pénalisait les jeunes généralistes qui s'installaient dans certaines régions comme les villes universitaires

et leur périphérie. Un territoire comme celui de Montréal gagnerait au change. « Le système des PREM est plus intelligent que celui du décret punitif. Si, dans une région, le PREM permet l'installation de nouveaux médecins, ce qui sera le cas dans la métropole, un jeune médecin pourra s'y installer sans subir une pénalité de 30 % », a précisé le président.

Montréal rejette la prolongation de l'entente et les AMP

Comme dans les 18 autres associations, la Fédération a demandé aux médecins de Montréal le mandat de prolonger d'un an l'accord-cadre et d'accepter les principaux paramètres concernant les AMP. À la fin de l'assemblée, quelque 140 omnipraticiens ont voté. Verdict : rejet de la proposition.

Bien des participants ont été ébranlés par les nouvelles conditions que le gouvernement voulait attacher aux activités médicales particulières. « On en a assez des AMP », a pour sa part lancé une jeune femme à la période de questions. Un médecin qui allait dorénavant être touché par les nouvelles obligations a voulu savoir qui allait payer les frais de sa clinique pendant qu'il ferait ses AMP. « Pourquoi faudra-t-il continuer à faire 12 heures d'AMP si tous les médecins participent ? » s'est enquis par ailleurs une omnipraticienne qui avait espéré que ses neuf ans d'expérience lui permettraient bientôt d'échapper à ces obligations. « Ce chiffre de 12 heures est la proposition du gouvernement, pas la nôtre », a répondu le D^r Dutil.

Le président de la Fédération a cependant rappelé les pourparlers acharnés auxquels s'était livrée son équipe depuis plusieurs mois. « La FMOQ a fait enlever plusieurs mesures très contraignantes dans le projet de loi. Rappelez-vous, le gouvernement voulait imposer aux médecins l'obligation de signer des contrats d'engagement. Il désirait également que la distance qu'un médecin puisse parcourir pour faire ses AMP à l'urgence soit beaucoup plus grande que les 75 km que nous avons

Suite page 16 >>>

◀◀◀ Suite de la page 3

maintenant. » Une clinicienne anglophone n'a pas caché être scandalisée du traitement que réserve le Québec à ses médecins.

Certains omnipraticiens avaient également des réserves concernant l'entente. Plusieurs exerçant en obstétrique ou en pédiatrie estimaient que les offres gouvernementales leur apportaient peu. « Je suis très conscient que les médecins qui ont des pratiques centrées sur les clientèles plus jeunes doivent aussi y trouver leur compte », a expliqué le D^r Dutil, qui envisageait certaines formules pour améliorer la situation. D'autres généralistes étaient déçus par les augmentations salariales. « Nous avons quand même obtenu une hausse de 7,5 % de notre budget. Ce n'est pas assez, mais c'est plus que les 2 % généralement accordés. »

Les problèmes d'effectifs de Montréal

16

Comment se porte la médecine familiale à Montréal ? La métropole souffre elle aussi d'une pénurie d'effectifs médicaux. « Il manque l'équivalent de 135 médecins travaillant à temps plein en première ligne », a révélé le D^r Marc-André Asselin, président de l'Association des médecins omnipraticiens de Montréal (AMOM). Réélu à la fin de la soirée, il a brossé un tableau de la situation à ses membres. Le secteur le plus choyé : les unités de soins de courte durée, où la pénurie ne s'élève qu'à l'équivalent de cinq omnipraticiens travaillant à temps plein. Cependant, il faudrait l'équivalent de 16 généralistes de plus dans les salles d'urgence de Montréal.

La question des besoins en effectifs revêtira une nouvelle importance à cause de l'abolition du décret punitif et de l'application des nouveaux PREM. « Environ 500 médecins vont prendre leur retraite dans les 10 prochaines années », a également averti le D^r Asselin. Dans la métropole, la pyramide d'âge s'inverse dangereusement. Alors que dans l'ensemble du Québec, 14 % des omnipraticiens ont plus de 56 ans, à Montréal, ces médecins représentent 25 % des 1959 généralistes.

La relève ? L'ajout net de généralistes, c'est-à-dire le nombre des nouveaux arrivés moins celui des omnipraticiens partis, ne sera que d'un peu plus d'une centaine au cours des trois prochaines années. Les renforts seront donc plutôt maigres pour chacune des régions du Québec, a souligné le D^r Asselin.

Le problème de la relève est d'ailleurs l'une des grandes inquiétudes des médecins de cabinets privés. Pendant l'année, les représentants de l'AMOM ont rencontré de nombreux responsables de cliniques privées. Les médecins sont préoccupés non seulement par la question du renouvellement de la main-d'œuvre médicale, mais aussi par celle du financement. Ils désiraient également que leurs cabinets obtiennent une certaine reconnaissance ou qu'on leur attribue une mission. Du côté hospitalier, le D^r Asselin et ses collaborateurs ont rencontré les chefs des départements cliniques de médecine générale et les chefs des urgences, entre autres, pour discuter du problème des salles d'urgence.

Les projets pour la prochaine année ? L'AMOM aimerait se rapprocher de ses 450 membres anglophones. Grande première, un numéro du bulletin *L'Omni* a été complètement traduit en anglais. « Nous avons demandé aux médecins anglophones de nous faire parvenir leurs commentaires. Nous avons reçu une centaine de réponses. Ils nous disaient qu'ils étaient enchantés », a indiqué le D^r Asselin. L'expérience sera poursuivie l'année prochaine malgré les frais qu'elle exige.

L'Association va également s'intéresser davantage aux généralistes rémunérés à tarif horaire et à honoraires fixes. « Nous allons mettre sur pied un comité pour rencontrer ces médecins et connaître leurs besoins, comme nous l'avons fait pour les omnipraticiens des cabinets privés. » Les jeunes non plus ne seront pas délaissés. L'AMOM cherchera à accroître leur participation à la vie syndicale. ☞



Le D^r Marc-André Asselin.

Photo : Emmanuèle Garnier.

Urgence de Shawinigan

un partenariat avec les médecins de l'Hôpital Pierre-Boucher



Le D^r Claude Rivard.

Les médecins de l'urgence de l'Hôpital de Shawinigan vont recevoir de l'aide. Leurs collègues du Centre hospitalier Pierre-Boucher arrivent en renfort. Dès le début de l'année 2003, ils leur offriront au moins 20 quarts de garde par mois, et ce, pendant six mois, voire un an.

« Ces médecins viennent ainsi concrétiser un projet qui nous tenait à cœur depuis près d'un an, celui de mettre en place des collaborations durables entre des groupes d'omnipraticiens en provenance de plusieurs établissements, ou même, comme c'est le cas ici, de plusieurs régions », a commenté le D^r Renald

Dutil, président de la FMOQ, dans un communiqué qui annonçait l'entente négociée avec le gouvernement.

Les médecins de l'Hôpital Pierre-Boucher auront droit, pour leur travail à Shawinigan, à la même bonification de 15 % que leurs collègues à qui ils viennent en aide. Leur propre urgence ne pâtira cependant pas de la nouvelle entente, puisqu'ils s'engagent à ne pas réduire leur pratique. Pour chaque quart de travail effectué à Shawinigan, ils recevront d'ailleurs un montant de 150 \$ pour une garde faite dans leur propre hôpital.

« Ce projet très original est une première. Nous espérons que ce modèle sera repris par d'autres établissements », souhaite le D^r Hugues Bergeron, directeur des affaires professionnelles de la FMOQ.

L'abolition partielle de la loi 114

Les 17 médecins de l'Hôpital Pierre-Boucher qui participent à l'entente avaient posé plusieurs conditions avant d'accepter le

jumelage. L'une des principales : l'abolition de la loi 114. « Avec cette loi, le gouvernement démolit complètement le système. Les médecins quittent la pratique de l'urgence », estime le D^r Claude Rivard, chef du département d'urgence de l'Hôpital Pierre-Boucher, qui, avec le D^r Jean-René Fréchette, directeur des soins professionnels, a mis sur pied le projet avec l'aide de la FMOQ et de la régie régionale.

Les médecins n'ont eu que partiellement gain de cause. La loi 114 n'est toujours pas abolie, mais elle ne s'applique plus dans la région de la Mauricie. Sa régie régionale n'a ainsi plus le droit d'affecter de force des médecins à la salle d'urgence du Centre hospitalier du Centre-de-la-Mauricie.

Les cliniciens de l'Hôpital Pierre-Boucher ont par contre obtenu certaines mesures pour faciliter le travail dans leur propre établissement : l'embauche d'infirmières et de travailleurs sociaux. Dans leur urgence comptant 23 civières, ils reçoivent régulièrement plus d'une soixantaine de patients alités, et ce nombre frôle parfois la centaine.

L'entente devrait permettre à l'urgence de Shawinigan d'émerger à nouveau. « Je pense que d'ici aux trois ou quatre prochains mois, le problème des urgences va être réglé. Nous avons lié notre engagement aux négociations de l'entente générale des omnipraticiens.

La majoration de la rémunération de la pratique à l'urgence sera autour de 17 % », explique le D^r Rivard. Un programme de formation permettra également aux omnipraticiens de la région de Shawinigan de pratiquer à leur service d'urgence.

Pourquoi s'être lancé dans cette expérience ? « Il faut absolument montrer au gouvernement que nous sommes capables de gérer les listes de garde. S'il pense qu'en affectant de force des médecins à 24 ou 48 heures de préavis il pourra maintenir à long terme le système à flot, il se trompe », dénonce le D^r Rivard. ❧

Suite page 110 >>>

Abolir le décret punitif, mais maintenir la différence salariale

entretien avec le D^r Jean-Yves Boutet,
président de l'Association des médecins omnipraticiens du Nord-Ouest du Québec



Photo : Emmanuelle Garnier.

Le D^r Jean-Yves Boutet.

18

LE 14 SEPTEMBRE dernier, le D^r Boutet a été élu président de l'Association du Nord-Ouest du Québec, après y avoir été vice-président et secrétaire général pendant presque 15 ans. Exerçant à Amos depuis une vingtaine d'années, il a une pratique polyvalente : travail dans un cabinet privé et à l'urgence, soins aux patients hospitalisés, activités en traumatologie et en réadaptation cardiovasculaire.

M.Q. – Que pensez-vous des résultats des négociations entre le ministère de la Santé et des Services sociaux et la FMOQ ?

J.-Y. B. – J'ai consulté les autres membres du Bureau de notre association au cours d'un appel conférence qui a eu lieu le 3 novembre dernier. Dans l'ensemble, ils comprenaient que les offres gouvernementales qui nous étaient présentées constituaient le fruit de plusieurs mois de négociations. Les principales craintes

concernaient plutôt certains aspects du projet de loi déposé par le ministre de la Santé et des Services sociaux, comme l'abolition du décret punitif.

Nous ne sommes pas sûrs que le différentiel de rémunération entre les omnipraticiens des grands centres et ceux des régions sera suffisant pour nous permettre de recruter des médecins quand le décret sera levé. Actuellement, l'écart salarial est de 45 %, puisque les jeunes médecins qui s'installent à Montréal gagnent 70 % de la rémunération de base et ceux qui pratiquent dans les régions éloignées, 115 %. Est-ce que ce différentiel sera maintenu ? Cette question n'a pas été encore abordée.

M.Q. – La mise sur pied de plans régionaux d'effectifs médicaux (PREM) qui empêcheront les médecins de s'installer dans les régions où les besoins en effectifs médicaux seront moins criants ne vous rassure-t-elle pas ?

J.-Y. B. – Si les régions éloignées n'ont plus de pouvoir d'attraction, elles auront de la difficulté à recruter des omnipraticiens même si les PREM sont respectés. Un jeune médecin qui vient de terminer ses études et ne peut pratiquer à Montréal parce que le PREM y est complet ira à Joliette, alors qu'auparavant, il se serait peut-être installé à Amos.

Les finissants pourraient être tentés de ne pas trop s'éloigner des grands centres si les conditions de retour d'une région éloignée ne sont pas spécifiées. Les jeunes médecins peuvent être prêts à partir pendant quatre ans, sept ans, ou plus, mais ils veulent avoir la possibilité de revenir dans les centres urbains. Actuellement,

les omnipraticiens qui ont exercé trois ans dans une région éloignée peuvent revenir pratiquer dans une zone universitaire malgré le PREM de cette dernière.

L'abolition du décret risque par ailleurs de causer des ratés la première année si nous ne disposons pas de tous les outils de gestion nécessaires ou si les paramètres ne sont pas assez clairs. Des médecins pourraient en profiter pour s'établir en périphérie des centres urbains. Pour notre région, ce serait une catastrophe si l'on ne recrutait pas de cliniciens pendant un an ou deux. Il faut éviter d'avoir une crise comme celles de Shawinigan et de Jonquière, parce que ce genre de situation rend ensuite plus difficile d'attirer des omnipraticiens. Les gens ne désirent pas aller dans un hôpital en crise.

Nous avons une autre crainte en ce qui concerne les PREM : la manière dont ils seront appliqués dans notre région. Seront-ils employés de façon purement technocratique et bête ou utilisés avec souplesse ? On sait par expérience qu'il y a des cycles dans les effectifs médicaux. Tous les quatre ou cinq ans, il y a une crise. Une année, un centre hospitalier peut atteindre presque 100 % de son PREM, et l'année suivante, manquer de médecins parce qu'il y a eu des départs. Il faudra que les plans d'effectifs en tiennent compte.

M.Q. – Que désirez-vous ?

J.-Y. B. – Je pense que si le ministère est de bonne foi, il va maintenir l'écart de rémunération entre les grands centres et les régions. Nous aimerions avoir une espèce de filet de sécurité. Nous voudrions

que l'écart de rémunération soit maintenu dès l'abolition du décret. Nous suggérons que la différence de salaire augmente avec l'éloignement. Ainsi, à 150 km des villes universitaires, la rémunération serait accrue d'un certain pourcentage, à 250 km, elle s'accroîtrait encore, etc. D'ailleurs, plus un omnipraticien s'éloigne, et plus il est appelé à se débrouiller seul.

Le ministère devra également s'assurer que les PREM ne seront pas appliqués de façon bureaucratique et étroite, tout comme il devra préciser les conditions auxquelles les médecins pourront revenir des régions. Il faudrait qu'un omnipraticien qui y a pratiqué pendant quelques années puisse retourner dans un centre urbain malgré le PREM de ce dernier. Cette question nous inquiète beaucoup.

M.Q. – Qu'est-ce que les membres de votre Bureau ont pensé des activités médicales particulières (AMP) que le ministère a proposées dans son projet de loi ?

J.-Y. B. – La plupart des médecins de notre région travaillent déjà auprès des patients hospitalisés et à l'urgence. Le projet de loi permettra peut-être que deux ou trois médecins de plus participent aux activités qui ont été sélectionnées par le ministère. Cependant, il y a beaucoup de mécontentement chez les médecins qui ont plus de 20 ans de pratique. En cas de pénurie, les obligerait-on à retourner travailler à la salle d'urgence alors qu'ils ont rempli leurs AMP pendant des années ?

M.Q. – Quelles ont été les réactions du Bureau en ce qui concerne le projet d'accord pour prolonger l'entente générale ?

J.-Y. B. – Il s'agit d'une entente de un an, qui va du 1^{er} avril 2002 jusqu'au 30 juin 2003, et dont les mesures s'appliquent à partir du 1^{er} janvier 2003 et ne sont pas rétroactives. Les membres de notre Bureau étaient contents de plusieurs aspects

de ce projet d'accord, notamment de la nouvelle nomenclature et des forfaits à l'urgence.

M.Q. – Les médecins qui travaillent à l'urgence auront une augmentation globale de 17 %.

J.-Y. B. – C'est une hausse qui sera appréciée, parce que beaucoup de médecins, même après 20 ans de pratique, travaillent encore à l'urgence. Cela ne règlera toutefois pas le problème d'une salle d'urgence comme celle de Val d'Or. Je pense qu'il lui faudra encore recourir à des médecins dépanneurs, parce qu'actuellement, le recrutement d'omnipraticiens est difficile. Si la différence de rémunération n'est pas maintenue et que peu de candidats se présentent, elle sera encore dans une situation critique.

M.Q. – Et en ce qui concerne les autres points de la prolongation de l'entente ?

J.-Y. B. – Les membres de notre Bureau ont trouvé que le protocole de prise en charge des clientèles vulnérables constituait un gain appréciable. Les sept dollars accordés pour chaque consultation d'un patient de 70 ans et plus ou atteint de certaines maladies chroniques les ont satisfaits. De plus, ce montant est majoré dans les régions et n'est pas inclus dans le calcul du plafond salarial.

Pour ce qui est de l'augmentation de la rémunération pour certains types d'activités dans les hôpitaux, comme l'obstétrique, les soins coronariens intensifs et l'anesthésie, cela a aussi été très bien perçu. Cependant, les modalités d'application fines restent à voir, à étudier et à commenter.

M.Q. – Comme nouveau président, quels sont vos objectifs ?

J.-Y. B. – Améliorer le recrutement et éviter l'application étroite et technocratique des PREM dans notre région. Dans un deuxième temps, nous aimerions mettre sur pied une banque intrarégionale pour aider les hôpitaux dont les salles d'urgence subissent des pénuries d'effectifs

médicaux.

Évidemment, au sein de la FMOQ, nous comptons défendre le point de vue des régions. Dès le printemps prochain, la Fédération recommencera à négocier une nouvelle entente. Nous allons beaucoup insister pour que le bilan du recrutement dans les régions soit amélioré, que la rémunération de la prise en charge des patients soit accrue, et aussi, que soit maintenu l'écart de rémunération en faveur des zones éloignées.

M.Q. – Avez-vous d'autres priorités ?

J.-Y. B. – Je pense qu'il faut examiner la question de la rémunération des tâches médico-administratives. Si l'on veut que les médecins s'impliquent, que ce soit pour définir certaines AMP, étudier les PREM ou mettre sur pied des groupes de médecine de famille, ils doivent être rémunérés. Même la participation des omnipraticiens au département de médecine, que la loi rend obligatoire, serait plus importante s'ils étaient rétribués.

En Abitibi, il y a de trop nombreuses structures décisionnelles par rapport au nombre de médecins en place, ce qui leur impose une surcharge médico-administrative. Les comités et les demandes de différentes organisations se multiplient et la pression sur les omnipraticiens s'accroît. On leur demande également souvent de participer à différents comités où les autres professionnels sont tous payés soit à taux horaire, soit à salaire. Les médecins, eux, doivent annuler leurs consultations et subissent ainsi une perte de revenu.

Il faudrait peut-être ainsi revoir les montants accordés au département régional de médecine générale pour la rémunération des médecins parce que des omnipraticiens devront se pencher sur l'application des AMP et des PREM, et ils ne travailleront pas bénévolement. Si le ministère n'a pas prévu un budget suffisant, cela pourrait constituer un important écueil. ☹

Spécialistes- gouvernement

les médecins spécialistes cherchent à rétablir le dialogue



Le D^r Yves Dugré.

110

Après l'importante journée d'étude qui a rassemblé plusieurs milliers de ses membres, la Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ) cherchait à reprendre les pourparlers avec le gouvernement. « Ce qu'il faut, c'est trouver les

conditions requises pour retourner à la table de négociations », expliquait le **D^r Yves Dugré**, président de la FMSQ. Mais les discussions étaient alors encore au point mort.

Les conditions salariales constituaient un enjeu clé. « Année après année, l'écart entre la rémunération des spécialistes québécois et celle de leurs autres collègues du Canada s'agrandit. En l'an 2000, déjà, il était de plus de 40 %, a rappelé le D^r Dugré. On ne peut plus tolérer cette différence, parce que nous perdons trop de médecins. Il faut trouver dès maintenant des solutions à ce problème. »

La FMSQ comptait également défendre l'autonomie professionnelle de ses membres et suivra donc de près l'adoption du projet de loi 142 qui modifiera la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*. La Fédération, qui fera valoir son point de vue à la commission parlementaire qui devrait être nommée, surveillera en particulier la question des AMP, celle de la création d'un Département régional de médecine

spécialisée et les clauses qui pourraient accroître les engagements des spécialistes.

Une journée d'étude réussie

Le 13 novembre dernier, la Fédération avait organisé une imposante journée d'étude : quelque 3000 spécialistes avaient répondu à l'appel. Plusieurs centaines d'autres y participaient également par téléconférence depuis l'Abitibi ou la Gaspésie. « Ce fut un succès », a estimé le D^r Dugré. Rassemblés au stade olympique, les médecins réclamaient du gouvernement le respect de leur autonomie professionnelle et la prise en considération de l'écart salarial qui les sépare de leurs confrères des autres provinces.

Les spécialistes ont reçu plusieurs appuis. « Les médecins omnipraticiens du Québec demeurent solidaires des médecins spécialistes du Québec et demandent au gouvernement de négocier de bonne foi afin d'améliorer les conditions de pratique de l'ensemble des médecins et de leur fournir les moyens de dispenser des soins de qualité dans tous les établissements et au sein de toutes les communautés. La journée d'étude des médecins spécialistes devrait amener le gouvernement à mieux écouter leurs revendications et à poursuivre intensivement des négociations afin d'en arriver à une entente visant à les satisfaire », a déclaré le **D^r Renald Dutil**, dans un communiqué diffusé le jour même.

Les résidents ont eux aussi appuyé leurs aînés. Ils étaient particulièrement sensibles à la question de l'amélioration des conditions d'exercice et de formation des médecins. « Depuis de nombreuses années, les médecins résidents dénoncent la détérioration des conditions de travail des médecins au sein des centres hospitaliers universitaires et universitaires affiliés, a affirmé le **D^r Stéphane Ahern**, président de la Fédération des médecins résidents du Québec. La formation de la relève médicale est sérieusement handicapée par la fermeture des salles d'opération et les difficultés que rencontrent les médecins en formation postdoctorale pour avoir accès aux plateaux techniques. » ❧

Collège des médecins de famille du Canada

intéresser les étudiants à la médecine familiale



Photo : Emmanuèle Garnier.

De gauche à droite, les D^{rs} Calvin Gutkin, Dominique Tessier, Peter MacKean et Harold Dion.

« Pour augmenter le nombre de médecins de famille formés au Canada, nous enjoignons les facultés de médecine d'encourager leurs étudiants à considérer les avantages de la pratique de la médecine familiale. Aujourd'hui, nous le leur demandons publiquement », a déclaré la présidente du Collège des médecins de famille du Canada (CMFC), la D^{re} **Dominique Tessier**, au cours d'une conférence de presse.

Le CMFC s'inquiète. Quelque 4,5 millions de personnes au Canada n'auraient pas de médecin de famille, selon les données d'un sondage réalisé auprès de 2015 personnes. Cette enquête, parrainée par l'association, révèle également que 15 % des Canadiens ont eu de la difficulté à se trouver un omnipraticien au cours de la dernière année. D'ailleurs, presque 80 % des répondants estimaient qu'une grave pénurie de médecins sévissait au Canada.

Ce qui doit être fait ? La médecine familiale doit être présentée dans les facultés de médecine comme une carrière respectée, valorisée et excitante, préconise la D^{re} Tessier. Il faut que les étudiants aient plus de professeurs eux-mêmes omnipraticiens et puissent connaître la pratique

de la médecine générale dans les centres ruraux et urbains. Il est également nécessaire d'augmenter le nombre de résidents en médecine familiale dans les facultés de médecine.

Le gouvernement aussi doit agir pour améliorer l'accès de la population aux soins médicaux. « Selon la FMOQ, il manque 1000 médecins de famille au Québec, et ce, autant en ville qu'en région. La création d'une centaine de groupes de médecins de famille aidera également les cliniciens dans leur travail, estime le D^r **Harold Dion**, président du Collège québécois des médecins de famille. Il faut aussi accélérer l'examen des candidatures des médecins étrangers qui vivent ici et veulent travailler. » ☞

An tableau d'honneur

Célébrer la médecine 111 en français

par Jean-Marc Beausoleil



Photo : Pierre Rousset.

Le D^r Jacques Boulay.

Trois médecins québécois ont été honorés à l'occasion du 100^e anniversaire de l'Association des médecins de langue française du Canada. En présence du premier ministre du Québec, **M. Bernard Landry**, les D^{rs} **Jacques Boulay**, **Victor Goldbloom** et **Jacques Genest**

ont reçu la médaille Michel-Delphis Brochu, du nom du fondateur de l'Association.

Suite page 144 >>>

◀◀◀ *Suite de la page 111*

Cet honneur venait souligner les efforts et les réalisations de ces spécialistes pour la promotion de la langue française dans le domaine de la recherche médicale.

La double carrière du D^r Boulay

« Je suis un amoureux de la langue française et du travail bien fait. Je suis plutôt un littéraire, au fond », a déclaré l'hématologue Jacques Boulay, dont toute la carrière s'est déroulée à l'hôpital qui l'a vu naître, Saint-François d'Assise. Même s'il y assume toujours une tâche complète, incluant la garde, c'est pour sa carrière parallèle de traducteur médical que le D^r Boulay a été honoré.

L'Office de la langue française, le Comité de terminologie de la Régie de l'assurance-maladie du Québec (RAMQ) et le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada ont tous reconnu les compétences linguistiques du D^r Boulay. Les médecins, surtout, ont pu profiter de ses chroniques et de ses ouvrages spécialisés, de son *Guide bilingue des abréviations médicales* ou du *Dictionnaire français de médecine et de biologie* auquel il a collaboré. En fait, les efforts du D^r Boulay pour créer un vocabulaire et une syntaxe exprimant les plus récentes découvertes médicales ont servi à toute la francophonie.

Le D^r Genest, un chercheur émérite

Fondateur de l'Institut de recherches cliniques de Montréal (IRCM), créé en 1967, le D^r Jacques

Suite page 147 ▶▶▶

◀◀◀ Suite de la page 144



Photo : Pierre Roussel.

Le D^r Jacques Genest.

Genest a reçu la médaille Michel-Delphis Brochu pour souligner l'impulsion qu'il a su donner à la recherche médicale au Québec. Lui-même chercheur émérite en hypertension artérielle, le D^r Genest a posé les assises de la recherche biomédicale moderne dans la belle province. « Il n'y a pas de pays civilisé qui ne consacre une partie de ses ressources à la recherche scientifique », a déclaré le D^r Genest quelques minutes avant de recevoir la médaille.

Alors qu'aucune tradition de recherche clinique n'animait le Québec des années 50, l'IRCM du D^r Genest est devenu l'un des joyaux de ce créneau au Canada. Réussissant à attirer d'éminents scientifiques de l'étranger qui ont ensuite formé des chercheurs québécois et canadiens, l'IRCM est à l'origine de nombreuses grandes découvertes, notamment sur les liens entre les reins et l'hypertension. Selon plusieurs observateurs, la création de l'IRCM a sonné le glas de la médecine pontifiante et dogmatique pour donner naissance à une médecine factuelle.

Le D^r Goldbloom, un ami du français

C'est pour son soutien aux groupes francophones du Canada que le D^r Victor C. Goldbloom a lui aussi été décoré. « Je suis probablement le seul médecin de l'Association

Suite page 149 ►►►

◀◀◀ *Suite de la page 147*

dont la langue d'origine est l'anglais. Mais j'ai toujours été un grand ami de la langue française », a expliqué le médecin.

En effet, commissaire aux langues officielles du Canada de 1991 à 1999, ce pédiatre a aidé les communautés francophones hors Québec, surtout dans les dossiers d'accès aux services en français, contribuant pour beaucoup au développement d'un réseau d'écoles francophones dans les autres provinces. Le D^r Goldbloom s'est toujours vu comme un « trait d'union » entre les deux communautés linguistiques du Canada.

Le petit-fils de Michel-Delphis Brochu était aussi présent à la soirée soulignant le centième anniversaire de l'association fondée par son grand-père. Résidant en Europe, Michel Brochu a déclaré que : « en France, le domaine scientifique démissionne en ce qui concerne le français ». D'où l'importance d'une association comme celle des médecins de langue française du

Photo : Claude Roussel.



Le D^r Victor C. Goldbloom.

Canada qui, comme a dit l'espérer le premier ministre Landry, est en route pour une autre centaine d'années. ☺

Le D^r Marc Billard, médecin de famille de l'année au Québec

par Yannick Donahue

Le 30 octobre dernier, le Collège des médecins de famille du Canada (CMFC) a honoré le **D^r Marc Billard** en lui attribuant le Prix Reg L. Perkin pour la province de Québec, ce qui fait de lui le médecin de famille québécois de l'année pour 2001 et 2002. Décerné par les pairs de la profession, ce prix, nommé en l'honneur du D^r Reg L. Perkin, ancien directeur général du Collège de 1985 à 1996, récompense chaque année un médecin de famille par province pour l'excellence de son travail et pour sa généreuse contribution à la santé et au bien-être de sa collectivité.

Médecin de famille et obstétricien

Suite page 152 >>>



Le D^r Marc Billard.

Index des annonceurs

Renseignements
thérapeutiques

ABBOTT

Biaxin XL..... 72-73 ... 150-151

ASTRAZENECA CANADA INC.

Nexium 102-103 ... 126-127

Symbicort..... 57 ... 132-133

AVENTIS PHARMA INC.

Altace 28 ... 120-121

FONDS D'INVESTISSEMENT FMOQ

Fonds FMOQ 152

GLAXOSMITHKLINE

Advair 48 ... 142-144

Avandia..... 34, 46-47 ... 124-125

JANSSEN-ORTHO INC.

Reminyl..... 12 ... 136-139

LES PRODUCTEURS LAITIERS DU CANADA

..... 15

LUNDBECK CANADA INC.

Celexa..... 82-83 ... 140-141

MERCK FROSST CANADA & CIE

Vioxx..... 11, couv. IV ... 116-119

NOVARTIS PHARMA CANADA INC.

Exelon 38 ... 148-149

Zelnorm 8-9 10-11

OFFICE CANADIEN DE COMMERCIALISATION DES ŒUFS

..... 27, 81

ORGANON CANADA LTÉE

Remeron..... couv. III ... 128-129

PFIZER CANADA INC.

Aricept..... 58 115

Lipitor 32-33 ... 122-123

Norvasc couv. II 92

PFIZER CANADA INC. / PHARMACIA CANADA

Bextra 4

PHARMACIA CANADA

Celebrex 90-91 ... 145-147

PURDUE PHARMA

OxyContin..... 31 ... 134-135

SMITH & NEPHEW INC.

Allewyn..... 84

SOLVAY PHARMA INC.

Teveten..... 23, 25 ... 130-131

STIEFEL CANADA INC.

Clindoxyl..... 6 139

UNILEVER

Slimfast 21

WYETH-AYERST CANADA INC.

Effexor (dépression)... 64-65.... 112-114

Syndicatures

151

◀◀◀ *Suite de la page 149*

depuis 20 ans à la Clinique médicale Lorraine et à la Cité de la Santé de Laval, le D^r Billard personnifie bien les principes de la médecine familiale. Clinicien qualifié, il s'est rapidement mis à défendre les intérêts et la place des médecins dans un grand hôpital de deuxième et de troisième lignes, et ce, peu après ses débuts en 1981. Celui qui a commencé à exercer la médecine au département d'urgence et à l'unité des soins intensifs s'est ensuite tourné vers la pédiatrie. Jusqu'à tout récemment, il continuait de faire en moyenne 75 accouchements par an tout en poursuivant ses nombreuses activités professionnelles et sociocommunautaires. Au cours des deux dernières années, il a enseigné aux résidents en médecine familiale et aux étudiants en médecine. Chargé de la formation clinique à l'Université de Montréal, il a supervisé les résidents à la salle d'accouchement et en pédiatrie. Chef du département de médecine générale et familiale de la Cité de la Santé de Laval, il s'est impliqué au sein du CMFC, où il participait chaque année aux examens de l'institution. Il y a environ trois mois, le D^r Billard a mis un terme à tous ses engagements pour se consacrer dorénavant au Collège des médecins du Québec, où il travaille maintenant à titre d'inspecteur à la Direction de l'amélioration de l'exercice médical. Finalement, ce père de quatre enfants s'intéresse particulièrement à l'émergence des futurs groupes de médecins de famille proposés par la commission Clair. ☞