

par Emmanuèle Garnier

Assemblée du Conseil de la FMOQ Éviter les crises dans les urgences

Il faut éviter que les crises que l'on a connues l'an dernier dans les services d'urgence ne se répètent, averti le **D^r Renald Dutil**, président de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ), au cours de la réunion du Conseil qui a eu lieu au début de mai. « Je fais appel aux omnipraticiens pour qu'ils fassent ce qui est en leur pouvoir pour éviter toute discontinuité de service dans les salles d'urgence. La population a besoin de ces services. Nous avons une responsabilité collective, même s'il y a une pénurie de médecins. »



Photo : Emmanuèle Garnier.

Le D^r Renald Dutil.

Pour ne pas retomber dans les mêmes écueils que ceux de l'année dernière, la FMOQ et le gouvernement se sont dotés de nouveaux outils. Ils ont signé quatre nouvelles lettres d'entente. Ainsi, en plus des mécanismes de dépannage habituels, il existe maintenant :

- **Le parrainage entre hôpitaux (Lettre d'entente 130).** Ce mécanisme a permis aux médecins de la salle d'urgence du Centre hospitalier Pierre-Boucher de venir en aide à ceux de l'hôpital de Shawinigan. Les incitatifs financiers pour le médecin participant : une majoration

de 15 % du tarif de base et une prime de 150 \$ par quart de garde.

- **Le dépannage fidélisé (Lettre d'entente 132).** Grâce à cette entente, un groupe formé de généralistes de l'hôpital en pénurie et d'omnipraticiens de l'intérieur ou de l'extérieur de la région s'engage à faire, pendant un minimum de trois mois, toutes les gardes du service d'urgence. Les avantages pour le médecin : une augmentation de 10 % du taux de base et un forfait de 50 \$ par garde, si l'engagement collectif est respecté.

- **Le dépannage de dernier recours (Lettre d'entente 133).**

Ce mécanisme, qui ne fonctionnera que cet été, permet d'envoyer, à 48 heures d'avis, un médecin pendant une semaine dans une salle d'urgence en crise. Le bénéficiaire pour le généraliste : un forfait de 2500 \$, en plus de la rémunération prévue pour le dépannage.

- **Une allocation de formation (Lettre d'entente 131).** Elle permet aux omnipraticiens qui désirent suivre une formation pour pratiquer dans un service d'urgence en pénurie d'obtenir une allocation compensatoire. Les incitatifs financiers pour le médecin : 600 \$ par période de huit heures de formation, plus un montant compensatoire de 180 \$ par jour, s'il exerce dans un cabinet privé.

SYNDIGRAPHIES CE MOIS-CI

| | |
|--|----|
| Assemblée du Conseil de la FMOQ | |
| Éviter les crises dans les urgences | 1 |
| Nouveau ministre de la Santé | |
| les défis à venir | 14 |
| Médecins français et québécois | |
| des proches parents qui se ressemblent | 17 |
| Retraite de M ^{me} Marie-Hélène Wolford | 18 |

sommaire de la revue, page 5 >>>

Un nouveau ministre de la Santé

La nouveauté dans le paysage de la santé est incontestablement la nomination du nouveau ministre **Philippe Couillard**. « Il m'a paru déterminé à régler les problèmes du réseau de la santé. Il est bien au fait des problèmes, en particulier dans le domaine hospitalier et universitaire », a confié le D^r Renald Dutil aux délégués.

Le président a rencontré le D^r Couillard pendant la campagne électorale. Ce dernier ne lui avait alors pas caché qu'il connaissait peu la médecine générale, mais s'était montré prêt à collaborer avec les omnipraticiens. « Je lui ai conseillé de ne pas imposer dans la précipitation de nouvelles mesures et de travailler en partenariat avec les médecins pour réussir ses réformes. »

La Fédération a accueilli favorablement la venue du nouveau ministre. « Le D^r Couillard possède l'avantage de bien connaître les problèmes auxquels se bute le réseau de la santé et la plupart des groupes de professionnels qui y œuvrent », mentionnait le communiqué de la FMOQ, publié après l'annonce de la nomination du nouveau ministre. Mais il le prévenait des nouveaux défis qui l'attendent : financement du réseau, vieillissement de la population, problèmes d'accès à un médecin de famille, pénurie de professionnels, réorganisation structurelle, encombrement des urgences et listes d'attente.

Avant cet important changement politique, certaines ententes particulières avaient été conclues. Ainsi, les règles d'application du protocole de prise en charge et de suivi des patients vulnérables sont maintenant précisées. Les médecins ont droit à un supplément, entre autres, pour les consultations données à des patients de moins de 70 ans souffrant d'une des huit maladies décidées.

L'examen médical périodique des enfants âgés de 0 à 5 ans donne également droit à une somme supplémentaire. Cependant, ce forfait n'est accordé qu'aux médecins rémunérés à l'acte. « Le ministère de la Santé et des Services sociaux se montre intraitable, mais le dossier n'est pas tout à fait clos », a indiqué le D^r Dutil. En décembre 2002, le Conseil avait donné à la FMOQ le mandat d'obtenir pour les médecins des CLSC un forfait semblable à celui qui a été consenti pour la clientèle vulnérable.

Les nouvelles AMP

La FMOQ et le gouvernement préparent les nouvelles modalités d'application des activités



Quelques délégués au Conseil de la FMOQ.

médicales particulières (AMP) que la loi 142 a modifiées. Les médecins devront dorénavant remplir leurs obligations en travaillant dans les



domaines suivants, classés par ordre de priorité :

- les urgences ;
- le traitement des patients hospitalisés ;
- les soins dans un centre d'hébergement de

soins de longue durée ou un hôpital et les soins dispensés en vertu du programme de maintien à domicile avec garde en disponibilité ;

- l'obstétrique.

Certains champs de pratique pourront également être considérés :

- la prise en charge et le suivi des clientèles vulnérables à domicile, au cabinet ou au CLSC ;
- les activités prioritaires ou programmes déterminés par la régie régionale et approuvés par le ministre de la Santé.

Les médecins qui ont 15 ans et moins de pratique devront faire 12 heures d'AMP par semaine, ou l'équivalent, et ceux qui possèdent de 15 à 20 ans d'expérience, 6 heures hebdomadairement, ou l'équivalent. La Fédération compte demander au ministère de la Santé et des Services sociaux de ne plus soumettre les omnipraticiens à un calcul pointilleux des AMP effectuées. « Nous allons exiger la fin de l'approche comptable et proposer une "approche professionnelle". Il faut cesser de quantifier la pratique des omnipraticiens. On peut le faire sans renoncer aux objectifs des AMP. L'important est de répondre aux besoins de la population. »

Et les nouveaux PREM ?

Les régies régionales de la santé et des services sociaux préparent actuellement les nouveaux plans régionaux d'effectifs médicaux (PREM) qui fixeront le nombre de médecins auquel une région a droit. Les modalités d'application de ces plans resteront celles qui ont déjà été fixées par la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*. La FMOQ et le Ministère négocient toutefois actuellement une entente particulière pour que ces nouveaux PREM soient conformes aux nouvelles dispositions de la loi 142. Cet accord devrait entrer en vigueur en janvier 2004.

Les médecins visés par les nouvelles mesures des PREM seront les nouveaux facturants et les médecins qui changeront de région. Une pénalité de 30 % pourrait frapper ceux qui ne se soumettraient pas aux nouvelles règles et

Suite page 14 >>>

◀◀◀ Suite de la page 3

s'installeraient dans une région qui a déjà le nombre permis d'omnipraticiens.

Les mesures incitatives pour les régions éloignées

En décembre dernier, après l'annonce de la levée prochaine du décret punitif, le Conseil avait demandé que la FMOQ étudie de nouvelles mesures incitatives pour les régions périphériques et éloignées. Une différence de rémunération entre les médecins des centres urbains et ceux des autres régions devait être maintenue pour permettre le recrutement de nouveaux généralistes et empêcher l'exode de ceux qui y pratiquent déjà. Au cours de la dernière négociation, le gouvernement a d'ailleurs accordé une enveloppe annuelle de 14,7 millions de dollars à cette fin.

Un comité *ad hoc*, présidé par le **D^r Robert Benguerel**, suggère à la FMOQ de négocier les solutions suivantes pour stimuler le recrutement :

- dans les régions désignées, le médecin aurait droit, dès la première année d'installation, à une bonification de la majoration de base ;
- dans certains territoires ruraux, l'omnipraticien pourrait recevoir un forfait d'installation à son arrivée. Pour l'obtenir, il devrait cependant s'engager à pratiquer dans la région pendant au moins trois ans et satisfaire aux AMP ;
- dans les hôpitaux sous-régionaux de certaines régions rurales et intermédiaires, une augmentation du taux de base serait accordée.

Pour retenir les médecins déjà installés dans les régions non urbaines, le comité propose, entre autres :

- que dans certaines régions les hausses du tarif de base accordées pour la pratique à l'hôpital s'étendent aussi au travail fait dans un cabinet privé ;
- qu'une bonification supplémentaire soit accordée aux médecins ayant 20 ans de pratique dans la région pour le travail qu'ils exécutent à l'hôpital et dans un CLSC faisant partie d'un réseau de garde. ☞

Nouveau ministre de la Santé

les défis à venir

« Nous avons souvent reproché aux ministres de la Santé que nous avons eus ces dernières années leur méconnaissance du réseau des soins, explique le **D^r Yves Langlois**, président de l'Association des médecins omnipraticiens du Richelieu – Saint-Laurent. J'apprécie donc le fait que le nouveau ministre de la Santé soit un médecin. »

Le **D^r Philippe Couillard** est un neurochirurgien de 46 ans qui pratiquait à Sherbrooke. Il a connu à la fois l'enseignement et la gestion. Avant de devenir ministre, il était directeur du Service de chirurgie du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke et professeur. Il a également exercé à l'hôpital Saint-Luc, où il a été chef du Service de neurochirurgie.

En terrain connu dans les hôpitaux, le ministre connaîtrait cependant moins bien le réseau de la première ligne de soins. Et d'importants défis pourraient l'y attendre. « La prochaine grande crise aura lieu en première ligne, prédit le D^r Langlois. Il faudra que le ministre prenne des mesures pour encourager la prise en charge de la clientèle. Certains patients atteints de plusieurs maladies



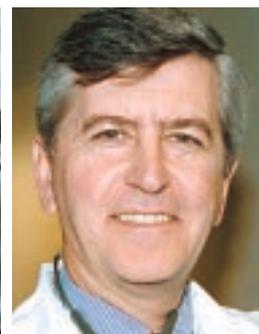
Le D^r Philippe Couillard.



Le D^r Yves Langlois.



Le D^r Jacques Desroches.



Le D^r Claude Saucier.

Photos : Emmanuèle Garnier.

Le D^r G.-Henri Villeneuve.Le D^r Louis Godin.Le D^r Michel Lafrenière.Le D^r Sylvain Dion.La D^{re} Christiane Simard.

vont de consultation sans rendez-vous en consultation sans rendez-vous pour être traités. Ce n'est vraiment pas une façon d'être soigné ! »

Pour bien des omnipraticiens, la première ligne de soins est la grande oubliée. « Tout le monde sait que la situation est difficile dans les urgences. Mais en amont, il y a aussi la multitude de patients qui ont de la difficulté à se trouver un médecin et à avoir accès aux services médicaux. La population ignore l'ampleur du problème. Malheureusement, on n'accorde d'attention qu'aux hôpitaux », déplore de son côté le **D^r Claude Saucier**, président de l'Association des médecins omnipraticiens de Laval.

L'environnement professionnel des médecins ne cesse, par ailleurs, de se dégrader, entre autres en première ligne, constate le **D^r Jacques Desroches**, président de l'association de Yamaska. « Il faut offrir un soutien aux cliniciens pour qu'ils puissent améliorer leur pratique et les services qu'ils offrent aux patients. Il nous faut des ressources, des moyens diagnostiques, des infirmières, du personnel, etc. En fait, ce ne sont pas des solutions dont nous avons besoin en santé, mais de moyens. On a déjà des classeurs complets de solutions, mais on n'a jamais été capables de les appliquer, parce qu'on n'en a pas les moyens. »

Rencontrer des médecins de terrain

Si la première ligne est cruciale, la deuxième est tout aussi importante pour les généralistes. Au Québec, les omnipraticiens y jouent un rôle majeur. C'est une caractéristique qui ne peut être écartée, prévient le **D^r Louis Godin**, président de l'Association des médecins omnipraticiens de la Côte-du-Sud. « Il ne faut pas alourdir la tâche en première ligne des omnipraticiens, car beaucoup ont aussi des activités à l'hôpital ou dans

les établissements de soins de longue durée. Et inversement, il ne faut pas demander aux médecins d'accroître leur travail en deuxième ligne en ignorant leurs obligations en première ligne. Il est facile de dire aux omnipraticiens qu'ils doivent à tout prix garder l'hôpital ouvert et le porter sur leurs épaules, mais il faut penser qu'ils ont aussi du travail à faire dans leur cabinet. »

Plusieurs médecins aimeraient que le nouveau ministre rencontre des cliniciens de terrain pour bénéficier d'un tableau réel de la situation. « Ce serait une bonne idée que le D^r Couillard consulte des omnipraticiens pratiquant dans des milieux ruraux, urbains, et dans différentes régions. Il pourrait voir quelles sont les difficultés en ce qui concerne les corridors de services et l'accès au réseau de soins », estime le **D^r Georges-Henri Villeneuve**, président de l'association du Saguenay – Lac-Saint-Jean.

On sait déjà que le nouveau ministre se propose de modifier les régies régionales de la santé et des services sociaux. Président de l'Association des médecins omnipraticiens de Québec, le **D^r Michel Lafrenière** a un souhait à cet égard : que les nouvelles structures se préoccupent des besoins des médecins des cabinets privés. « À Québec, nous fournissons 85 % des services en première ligne. Mais c'est comme si nous n'existions pas. Nous ne faisons pas partie de l'organigramme de la régie régionale. Cette dernière tient compte des hôpitaux, des CLSC et des centres d'hébergement de soins de longue durée, mais pas de l'Association des médecins omnipraticiens. Nous travaillons pourtant en étroite collaboration avec nos membres et sommes toujours les premiers sollicités quand survient un problème. »

Certains praticiens, comme le **D^r Sylvain Dion**,

président de l'Association des médecins de CLSC du Québec, espère que le vent de changement qui souffle actuellement permettra également de modifier le mode de rétribution des omnipraticiens. « Il faudrait étudier la possibilité d'avoir un mode de rémunération mixte comprenant un forfait, pour tenir compte de la lourdeur des clientèles, ainsi qu'un paiement à l'acte, pour assurer au système une certaine efficacité. »

Bien des médecins espèrent que la venue du nouveau ministre, issu de leur milieu, changera les rapports entre les omnipraticiens et le gouvernement. « L'une des choses importantes est le respect des partenaires. Je n'ai pas toujours eu l'impression que les ministres précédents respectaient les infirmières et les médecins. Il faut changer le climat. Personne n'a digéré la loi 114 sur les urgences. Il faut maintenant travailler davantage en partenariat », propose la **D^{re} Christiane Simard**, présidente de l'association du Sud-Ouest. ☞

Médecins français et québécois

des proches parents qui se ressemblent

par Francine Fiore



Le D^r Michel Chassang.

Affichant à la fois des ressemblances et des différences, les systèmes de santé français et québécois, de même que la pratique de la médecine en France et au Québec, évoluent en parallèle des deux côtés de l'Atlantique tout en s'observant et en s'inspirant mutuellement.

Malgré certains aspects qui distinguent leurs conditions de pratique, les médecins des deux continents ont bien des points en commun. Par exemple, en France, comme au Québec, les praticiens sont rémunérés à l'acte. « La différence est qu'au Québec

un tiers payeur, en l'occurrence le gouvernement, paie pour le patient. En France, le patient règle généralement lui-même le médecin et est ensuite remboursé par les caisses d'assurance maladie », explique le **D^r Michel Chassang**, président de la Confédération des syndicats des médecins français (CSMF). Élu en mars 2002 pour quatre ans, le D^r Chassang, un médecin généraliste pratiquant à Aurillac, en Auvergne, est à la tête d'un mégasyndicat qui regroupe les 180 000 généralistes et spécialistes français.

Très au courant de la situation socio-sanitaire du Québec, le D^r Chassang entretient des relations soutenues avec ses homologues québécois. « Je suis en contact permanent avec le **D^r Renald Dutil**, président de la FMOQ, et le **D^r Yves Dugré**, président de la Fédération des médecins spécialistes du Québec. Nos relations sont importantes en raison de notre culture linguistique commune. Et même si nos systèmes de santé semblent différents, les problèmes sont absolument les mêmes. »

Le 11 avril dernier, le D^r Chassang était de passage à Montréal afin de participer à un débat sur les systèmes de santé en compagnie des D^{rs} Dutil et Dugré dans le cadre du congrès annuel de l'Association médicale du Québec (AMQ). Débarqué au Québec en pleine campagne électorale, le D^r Chassang a été pour le moins étonné que la santé soit un enjeu électoral prioritaire. « Je trouve cela tout à fait admirable, dit-il. C'est une très grande réussite de la part des médecins québécois d'être parvenus à en faire un tel enjeu. »

Les coûts faramineux du système de santé

En France, l'assurance maladie, qui dessert une population de 66 millions d'habitants, coûte 120 milliards d'euros par année, soit environ 120 milliards de dollars américains. Une facture douloureuse. « Nous avons également des problèmes de financement du système de santé, précise le D^r Chassang. Comme tous les pays développés, nous faisons face à une augmentation importante des coûts de santé et à une diminution des recettes qui proviennent essentiellement des cotisations prélevées sur le salaire des contribuables. De plus, les médecins ont été désignés par les gouvernements respectifs comme les grands gaspilleurs et les grands profiteurs du système. On nous accuse à la fois d'être trop nombreux ou d'entretenir la pénurie, de trop prescrire de médicaments et d'examen,

d'effectuer trop d'actes, de voir les patients trop souvent et de ne pas être garants de la qualité de nos soins (l'éducation médicale continue n'étant pas obligatoire en France ni l'évaluation des pratiques professionnelles). »

Cette situation a engendré une grande incompréhension, qui a atteint son paroxysme en 1995 avec le plan Juppé, explique le D^r Chassang. « Ce plan a institué une enveloppe budgétaire globale des dépenses de médecine de ville, calculée sans aucune considération médicale et fondée non seulement sur les honoraires, mais également sur les prescriptions de médicaments. En cas de dépassement, les médecins devaient rembourser la différence. Nous avons lutté pendant huit ans, et le nouveau gouvernement a finalement annulé cette mesure. »

Pas de listes d'attente

Pour le D^r Chassang, le Québec demeure une source d'inspiration pour la France dans le domaine de la formation médicale continue obligatoire. « Dans votre province, les médecins ont pris la responsabilité d'améliorer leur profession par le biais de la formation médicale continue et de l'évaluation des pratiques professionnelles autant collectives qu'individuelles. La qualité des soins est donc assurée par les médecins eux-mêmes. »

Si le Québec peut servir d'exemple à la France, le contraire est également vrai. Le D^r Chassang estime que le système québécois est trop étatisé. « Je crois qu'il devrait être plus libéral, un peu comme le modèle français qui offre plus de choix au patient et au médecin. Notre système n'est pas homogène et n'impose pas de carcan qui englobe l'ensemble des médecins. » Le clinicien et le patient y bénéficient ainsi d'un plus grand pouvoir décisionnel. Par exemple, en France, le patient choisit librement son médecin et le paie lui-même. Par ailleurs, 30 % des médecins ont la possibilité de recevoir des honoraires non remboursés par l'assurance maladie. « Au Québec, ils n'ont pas d'autre choix que d'être rémunérés par l'État. »

De même, le dualisme de l'hospitalisation privée et publique, tel qu'il existe en France, semble au D^r Chassang une formule intéressante. Ce modèle entretient une émulation qui favorise la qualité des soins. Un autre point positif en faveur de la France est que, contrairement au Québec, il n'y a pas de listes d'attente en chirurgie. Cela s'expliquerait par la possibilité qu'a le patient de choisir entre l'hospitalisation publique et privée. « Pour un acte médical effectué dans une journée à l'hôpital public, il s'en pratique cinq ou six dans le secteur privé, car les médecins y travaillent plus. Il ne faut pas oublier que dans les hôpitaux privés, les médecins sont payés à l'acte, alors qu'ils sont rémunérés à salaire dans le secteur public. » Si la pénurie de médecins en France semble moins importante qu'au Québec, elle commence néanmoins à se faire sentir dans certains secteurs, comme la chirurgie et l'anesthésie.

La société actuelle est arrivée à la fin de l'État-Providence, estime par ailleurs le D^r Chassang. « Le temps où l'on pouvait maintenir les services et l'accès gratuit à tous les soins et services, en dépit d'une augmentation des dépenses de santé et d'une diminution des recettes, est complètement révolu, dit-il. Il faut en finir avec un système de santé qui ressemble à un supermarché dans lequel les patients puisent sans qu'il y ait de caisse pour payer à la sortie. Dorénavant, il faut éviter les abus et responsabiliser la population. » ❧

Retraite de M^{me} Marie-Hélène Wolford

M^{me} Marie-Hélène Wolford, qui a été pendant 28 ans secrétaire de direction au *Médecin du Québec*, vient de prendre sa retraite. Consciencieuse, efficace et dotée d'un charmant sens de l'humour, M^{me} Wolford jouait un rôle clé dans la préparation des textes de formation continue de la revue. Elle s'est toujours acquittée de son importante quantité de travail avec une discrétion étonnante. ❧