

Commissaire à la santé et au bien-être surseoir à l'adoption du projet de loi

La FMOQ recommande au gouvernement de surseoir à l'adoption du projet de loi 38 concernant le commissaire à la santé et au bien-être. Dans son mémoire déposé à la Commission parlementaire des affaires sociales, elle ne cache pas sa déception devant les différents aspects de la mesure législative.

Le nouveau commissaire à la santé et au bien-être sera appelé à conseiller le ministre de la Santé et des Services sociaux sur des enjeux tels que la performance du système de santé, les orientations à lui donner, les améliorations à apporter, la qualité des services, le financement, etc. Il pourra réaliser des études, procéder à des consultations, recourir aux services d'experts et tenir des audiences publiques.

À l'origine, dans le programme électoral du Parti libéral, le rôle du commissaire était plus séduisant. Chien de garde de la future charte des droits et responsabilités du patient, il devait disposer des moyens nécessaires pour étudier les diverses facettes du système de santé et des services sociaux et être indépendant du gouvernement.

La Fédération estime que le nouveau commissaire devrait relever, comme c'était prévu initialement, de l'Assemblée nationale et non du ministre. « Il s'avère essentiel de lui donner un degré d'indépendance suffisant pour qu'il soit en mesure de poser un regard libre et critique sur l'état du système de santé québécois », estime le **D^r Renald Dutil**, président de la FMOQ.

Autre déception : la disparition du Conseil médical du Québec et du Conseil de la santé et du bien-être que le nouveau commissaire remplacera. La FMOQ s'oppose en particulier à l'abolition du Conseil médical du Québec, un organisme composé de médecins reconnus dans leur milieu pour bien saisir les grandes priorités



Photo : Marcel La Haye

D^r Renald Dutil

du système de santé dans le domaine des services médicaux.

« En quoi l'arrivée du commissaire à la santé et au bien-être apporterait-elle une véritable valeur ajoutée aux fonctions et aux pouvoirs que nos lois attribuent déjà à d'autres organismes ? », demande la FMOQ dans son mémoire. La manière de procéder du gouvernement l'inquiète par ailleurs. Elle dénonce au passage sa tendance « à proposer, sans analyse et sans consultation,

des changements importants ayant pour effet de restructurer le système de santé avec pour seule justification la pertinence des objectifs poursuivis. »

1

La FMOQ et la relève comment aider les jeunes omnipraticiens ?



Photo : Emmanuèle Garnier

D^r Michel Vachon

« Quand les jeunes médecins choisissent de se diriger en médecine familiale, ils veulent avoir une pratique polyvalente, prendre en charge le patient et le suivre dans son ensemble. Cependant, lorsqu'ils terminent leur résidence, ils se confinent plutôt à un champ de pratique particulier et évitent la prise en charge de patients », a constaté le **D^r Michel Vachon**, président du Comité de la planification et de la régionalisation mis

sur pied par la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ).

Entre l'idéal du début de la résidence et les choix de la fin, que s'est-il passé ? Le parcours individuel du résident aurait une grande influence. « S'il fait un stage de perfectionnement dans un cabinet privé où on lui dit que la pratique est difficile et que les coûts ne cessent de croître, il ne voudra plus en entendre parler. De même, s'il suit un stage en médecine d'urgence où le patron le met de côté au profit des résidents en spécialité, il n'aura pas envie de continuer dans cette voie. »

Mais d'autres facteurs entrent en jeu. Une fois sa résidence terminée, le jeune médecin tombe dans un monde professionnel complexe. Activités médicales particulières, plans régionaux d'effectifs médicaux, facturation, etc. Bien des résidents préfèrent alors rester en terrain connu. « Quand ils arrivent en pratique, ils se sentent un peu isolés et s'accrochent à ce qu'ils connaissent le plus. Ils cherchent un milieu qui ressemble le plus à ce qu'ils ont aimé au cours de leur formation », explique le D^r Vachon.

2 Pour éviter que les jeunes médecins jettent leur dévolu uniquement sur les hôpitaux, il faut donc « travailler avec des omnipraticiens-professeurs pour former des médecins polyvalents en médecine familiale habilités et intéressés à exercer dans tous les milieux de soins », mentionne le rapport du Comité, dont le D^r Vachon a présenté les conclusions au dernier Conseil de la FMOQ.

Le Comité avait pour mission de se pencher sur les attentes des jeunes médecins et sur les problèmes auxquels ils doivent faire face dans leur pratique. « Les dirigeants de la FMOQ percevaient que les jeunes omnipraticiens faisaient des choix professionnels différents de ceux de leurs aînés. Ils

voulaient donc que l'on examine ces décisions et ce qui les motive », explique le D^r Jean Rodrigue, directeur de la Planification et de la Régionalisation à la FMOQ, qui faisait également partie du Comité.

Les attraits de la médecine générale

Après avoir commencé par réfléchir à la situation des jeunes omnipraticiens, le Comité a analysé les données des études de la firme SECOR¹, du sondage JANUS² et des travaux de la FMOQ³⁻⁵. Il a ensuite organisé des groupes de discussion auprès d'une trentaine de résidents en médecine familiale et de médecins qui pratiquaient depuis moins de cinq ans.

Quels sont les éléments déterminants dans le choix de la médecine familiale ? Les participants ont confié avoir été attirés par le type de pratique, plus polyvalent et davantage axé sur une approche globale. Les milieux de travail leur semblaient également plus diversifiés. La perspective d'une meilleure qualité de vie constituait aussi un attrait.

Les jeunes médecins auraient aimé être plus en contact avec la pratique des omnipraticiens pendant leur formation. Ils ont proposé que l'on établisse un meilleur équilibre entre les stages en médecine spécialisée et ceux en médecine générale. Ils ont également suggéré qu'on habitue progressivement les résidents à faire face au débit de patients, notamment à l'urgence et au service de consultation sans rendez-vous.

« La Fédération doit regarder ce qui se passe pendant la formation. Il faut essayer de voir comment il est possible de soutenir l'intérêt des résidents, leur permettre de continuer à avoir une belle pratique et éviter qu'ils ne tirent de mauvaises conclusions de certains stages. Les résidents se servent principalement des informations parcellaires qu'ils y reçoivent pour établir un plan de carrière. Si elles sont défavorables, ils ne poursuivront pas dans ce domaine », explique le D^r Vachon.

Les jeunes médecins ont par ailleurs manifesté le



D^r Jean Rodrigue

Photo : Emmanuèle Garnier

1. SECOR, La pratique du médecin omnipraticien dans un réseau de services intégrés, rapport présenté au Bureau de la FMOQ, *Le Médecin du Québec* mars 2000 ; 35 (3) : 103-34.

2. Savard I. Les jeunes médecins omnipraticiens comparés à leurs aînés, analyse des données du sondage JANUS pour le Québec, document non publié.

3. Rodrigue J, Savard I, Dubé R, L'Heureux M. Les omnipraticiens sous la loupe, d'abord des médecins de famille. *Le Médecin du Québec* 1999 ; 34 (10) : 109-116.

4. Savard I, Rodrigue J. Les premières années de pratique des omnipraticiens : étude des cohortes de 1989 à 1997. *Le Médecin du Québec* 1999 ; 34 (2) : 105-14.

5. Savard I, Rodrigue J. L'évolution de la carrière des médecins omnipraticiens. *Le Médecin du Québec* 2003 ; 38 (2) : 87-103.

désir d'être jumelés à un mentor au début de leur pratique pour les guider tant sur le plan clinique qu'administratif. « La demande nous a été faite à plusieurs reprises », précise le D^r Vachon, également membre de l'Association des médecins omnipraticiens de Montréal.

Trois groupes ciblés

À la lumière du rapport du comité, la FMOQ étudiera diverses solutions. Elle voudrait non seulement soutenir les jeunes omnipraticiens, mais aussi aider les résidents en médecine familiale et établir un contact avec les étudiants en médecine.

« Je pense que, sur le plan syndical, la FMOQ se doit d'offrir des services aux jeunes omnipraticiens au moment de leur installation, explique le D^r Rodrigue. Les participants des groupes de discussion nous ont entre autres suggéré qu'un représentant syndical accueille le nouveau médecin dans son milieu et que des activités de formation médicale continue adaptées aux besoins des omnipraticiens qui commencent leur pratique soit offertes. »

La FMOQ va également s'intéresser de plus près aux résidents en médecine familiale. Déjà, elle organise pour ceux de plusieurs universités une journée annuelle d'information sur l'installation en pratique. Elle songe maintenant à le faire pour tous les résidents. Mais la Fédération voudrait aller plus loin. « Nous aimerions organiser des activités pour aider les résidents à mieux choisir leur carrière. S'ils ont opté pour la médecine familiale, ils n'ont souvent pas encore décidé de leur lieu de pratique ni des activités auxquelles ils se consacreront », indique le D^r Rodrigue.

Les plus jeunes ne sont pas non plus oubliés. « C'est au moment des études médicales que les futurs médecins choisissent de faire une formation spécialisée ou générale. On pense qu'il y a lieu de sensibiliser les étudiants au travail du médecin omnipraticien et de leur montrer les attraits de sa pratique. »

Le Comité de planification et de régionalisation déterminera, pour chacun des trois groupes, les activités qui pourraient être mises sur pied. Ses propositions seront présentées au Bureau et au Conseil de la FMOQ. ❧

Consensus entre le MSSS et la FMSQ

les nouveaux spécialistes iront plus nombreux en région !

par Francine Fiore

En vertu d'un récent consensus entre la Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ) et le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), les nouveaux médecins spécialistes devront s'installer dans les régions éloignées et intermédiaires en plus grand nombre qu'avant.

Cette année, 270 médecins spécialistes sortiront des universités. Parmi eux, environ 150 à 160 occuperont des postes libérés par attrition. Par conséquent, il reste seulement une centaine de spécialistes à affecter. De ce nombre, entre 40 % et 45 % iront dans les régions éloignées et intermédiaires, comparativement à 25 % auparavant.

Les nouveaux spécialistes devront s'installer dans les territoires où les besoins sont le plus pressant dans les spécialités de base, dont la chirurgie générale, la radiologie, l'obstétrique-gynécologie et l'anesthésiologie. Dans les régions urbaines, les jeunes médecins ne pourront que compenser l'attrition, sauf en psychiatrie.

Les jeunes spécialistes qui refuseraient de pratiquer en région ne seront pas pénalisés. Mais, comme il leur faut généralement exercer dans un hôpital, ils devront se rendre dans l'un de ceux qui leur offrent un poste. Par contre, les établissements qui recruteront plus de médecins que ne le permet leur plan seront passibles d'une amende.

Renouvelable chaque année, l'engagement des jeunes spécialistes qui iront dans les régions sera de trois ans. Ils pourront ensuite pratiquer dans un milieu urbain. Comme il y a plus de postes à pourvoir que de médecins disponibles, les nouveaux diplômés disposeront d'un certain choix pour leur lieu d'installation. En outre, certaines dérogations

(Suite à la page 11) ►►►

◀◀◀ (Suite de la page 3)

seront possibles, notamment pour les couples dont l'un pratique dans une spécialité recherchée et l'autre dans un domaine où les plans sont déjà remplis.

Choisir parmi les priorités

Bien sûr, le consensus entre la FMSQ et le MSSS n'est pas une panacée. « On a dû faire un choix parmi les priorités, car il manque 1000 médecins spécialistes », souligne le **D^r Yves Dugré**, président de la FMSQ. L'accord repose sur une application revue et améliorée des plans d'effectifs médicaux (PEM) et des plans régionaux d'effectifs médicaux (PREM).

Jusqu'à présent, l'application des PREM était davantage basée sur un modèle démographique ou mathématique. « Cette fois, il s'agit d'un modèle beaucoup plus analytique qui nous a permis de vérifier les besoins au sein de chacune des spécialités, des hôpitaux et des services. Le plan s'étend sur trois ans, mais on l'applique année après année. Par exemple, si un département de radiologie compte quatre radiologistes, mais en a besoin de neuf, deux médecins pourront être recrutés immédiatement, mais pas cinq. »

Le plan est avant tout fondé sur la concentration d'expertise, précise le D^r Dugré. « On favorise les équipes. Par exemple, en Abitibi-Témiscamingue, les orthopédistes sont concentrés à Amos et assurent le service dans les autres centres. On veut créer des pôles régionaux soit Rimouski, Trois-Rivières, Sagamy et Hull-Gatineau. Dans les villes plus petites, on favorisera la mise sur pied de réseaux plutôt que l'installation d'une seule personne. Il faut permettre aux médecins spécialistes de maintenir leurs compétences. »

Et les besoins en spécialistes du milieu universitaire ? Le gouvernement est pris dans un dilemme, estime le D^r Dugré. « Il veut accroître l'accès aux soins en région, en augmentant les entrées en médecine pour y arriver, mais on ne comble pas les besoins des universités qui manque de professeurs. »

Les jeunes médecins mécontents

Bien qu'ils aient été présents aux discussions du Comité de gestion des effectifs médicaux spécialisés (COGEMS), les futurs spécialistes sont insatisfaits des décisions prises. « Il est certain que nous sommes mécontents, car le consensus ne reflète pas les besoins réels, notamment en ce qui concerne les milieux universitaires, explique le **D^r Patrick Garceau**, président de la Fédération des médecins résidents du Québec (FMRQ). On aurait voulu que cet accord reflète davantage les besoins sur le terrain, soit en formation universitaire et en soins. Les professeurs font plus de clinique et moins d'enseignement. »

La pénurie d'effectifs médicaux spécialisés continuera de sévir en région encore quelque temps. Au cours des quatre prochaines années, les cohortes de finissants spécialistes seront encore faibles à cause du contingentement imposé aux facultés de médecine dans les années 1990.

« Saupoudrer les nouveaux spécialistes ici et là ne règle pas le problème, estime le D^r Garceau. Il faut envisager autre chose. » Afin de combler les besoins des régions, la FMRQ souhaite la création d'ententes de services entre les centres hospitaliers. « À moyen terme, la solution réside dans les corridors de services. On veut éviter qu'un spécialiste se retrouve seul dans un endroit isolé. »

De son côté, le D^r Dugré est fier d'être parvenu à un consensus avec le gouvernement. « Mais ce fut au prix de grands sacrifices et de discussions intenses, parce que les besoins se font sentir partout. Quand on est obligé de faire un choix parmi les priorités, il y a bien sûr des mécontents. Voilà pourquoi, il faut donner beaucoup d'explications et montrer la réalité des chiffres. » ❧



D^r Yves Dugré



D^r Patrick Garceau

(Suite à la page 175) ▶▶▶

Différents moyens pour recruter des médecins

Entretien avec le D^r Jean-François Dorval,
président de l'Association des médecins omnipraticiens du Bas-Saint-Laurent



Photo : Emmanuèle Garnier

D^r Jean-François Dorval

COMME TOUTES les régions, le Bas-Saint-Laurent connaît un manque d'effectifs médicaux. Mais son problème tient davantage à la difficulté de retenir les médecins que de les y attirer. Heureusement, l'abolition du décret punitif ne semble pas l'avoir trop pénalisée, a constaté le D^r Dorval.

M.Q. – Quelles sont les répercussions de l'abolition du décret punitif dans votre région ?

Maintenant, les nouveaux médecins reçoivent leur pleine rémunération même s'ils s'installent dans les grands centres urbains.

J.-F.D. – Je ne pense pas que cela cause de problèmes dans notre région, grâce aux plans régionaux d'effectifs médicaux (PREM) mis en place depuis le 1^{er} janvier. S'ils sont respectés, ils compenseront les effets de l'abolition du décret concernant la rémunération des jeunes médecins.

M.Q. – L'année dernière, le recrutement de nouveaux omnipraticiens n'a-t-il pas été plus difficile à cause de la perspective de la levée du décret ?

J.-F.D. – Ce que je peux vous dire c'est qu'en 2003, douze médecins se sont installés dans le Bas-Saint-Laurent. Actuellement, il y a 204 omnipraticiens. L'objectif de notre PREM est d'avoir l'équivalent de 250 médecins à temps plein. Toutefois, ces chiffres ne concernent pas seulement le territoire de l'Association des médecins omnipraticiens du Bas-Saint-Laurent, mais incluent aussi une partie de celui de l'Association des médecins de la Côte-Sud. Notre but est d'atteindre 80 % des objectifs du PREM dans chacune des sous-régions de notre territoire. La Régie régionale et le Département régional de médecine générale (DRMG) vont tenter d'y parvenir.

M.Q. – Le budget de 14,7 millions de dollars accordé aux régions éloignées au cours de la dernière négociation devrait vous aider.

J.-F.D. – La hausse de la rémunération en vigueur depuis le 1^{er} octobre à la suite de l'abolition du décret constitue effectivement un outil pour faciliter le recrutement et le maintien des effectifs. Cette mesure a surtout eu pour

effet de majorer de 5 % la rémunération de la pratique dans un cabinet.

M.Q. – Comment se compare maintenant le niveau de rémunération des médecins des régions éloignées par rapport à celui des généralistes de l'ensemble du Québec ?

J.-F.D. – Il est indéniable qu'il y a un écart en faveur des médecins des régions éloignées. Cependant, les données sur la rémunération moyenne montrent que dans le Bas-Saint-Laurent la différence n'est pas de 15 %, mais plutôt de 8 % par rapport à la moyenne provinciale (Voir le tableau). Les omnipraticiens de notre région travaillent plus d'heures que la moyenne de leurs confrères, mais facturent moins d'actes. Or, le différentiel de 115 % et plus négocié pour les régions éloignées ne concerne pas le taux horaire, mais plutôt le coût moyen de l'acte.

M.Q. – Certaines sous-régions ont été moins gâtées que d'autres en ce qui concerne la dernière hausse de la rémunération.

J.-F.D. – Effectivement. Je déplore le fait que les médecins qui pratiquent à Rimouski et à Rivière-du-Loup ne bénéficient pas des mêmes hausses que leurs collègues des villages et municipalités avoisinantes. Rimouski n'a pas retrouvé la parité qu'elle a perdue en 2001. La rémunération de base y est de 115 % pour la pratique dans un cabinet privé, tandis qu'elle est de 130 % dans les municipalités voisines. À Rivière-du-Loup, la rétribution du travail médical n'est que de 105 % dans un cabinet et que de 115 % dans un hôpital, même si le nombre d'omnipraticiens dans cette ville correspond à moins de 70 % du plan d'effectifs. Avec les années, il y a eu des départs et une absence de renouvellement des effectifs.

M.Q. – Avez-vous de la difficulté à recruter des médecins ?

J.-F.D. – Nous arrivons à recruter de nouveaux omnipraticiens, mais la situation reste fragile. L'Unité de médecine familiale (UMF) de Rimouski, affiliée à l'Université Laval, nous permet d'attirer des omnipraticiens dans tout le territoire du Bas-Saint-Laurent. L'université projette également de créer une autre UMF dans notre région. Une rencontre entre les représentants médicaux du Bas-Saint-Laurent, de la Gaspésie et de l'Université Laval a eu lieu à ce sujet le 3 octobre dernier. Les médecins et les administrateurs de Rivière-du-Loup travaillent d'ailleurs à ce projet.

M.Q. – Cela devrait donc permettre de recruter encore plus de médecins.

J.-F.D. – Si la rémunération est un outil important, la

formation des médecins et les stages se révèlent des moyens très efficaces pour promouvoir notre milieu auprès des jeunes omnipraticiens. L'éventuelle création d'une autre UMF dans le Bas-Saint-Laurent augmentera le nombre d'étudiants qui s'y rendront effectuer des stages. Ce projet répond également aux besoins de l'université, car le nombre d'étudiants qui doivent faire des stages augmente.

M.Q. – En quoi consistent précisément vos problèmes d'effectifs médicaux ?

J.-F.D. – Nous avons de la difficulté à garder nos médecins. Nous en recrutons, mais il y a des départs dans toute la région, y compris à Rimouski. Dans les régions éloignées, il y a un grand roulement d'effectifs. Ainsi, entre 1990 et 2000, il y a eu 167 arrivées de médecins et 149 départs sur notre territoire.

M.Q. – Les jeunes médecins recrutés repartaient à cause du décret punitif qui ne s'appliquait plus à eux après trois ans. Maintenant qu'il n'existe plus, comment les choses pourraient-elles évoluer ?

J.-F.D. – Si les PREM sont appliqués de façon adéquate dans les autres régions, c'est sûr que cela nous aidera. Nous fondons beaucoup d'espoir là-dessus.

M.Q. – Est-ce que les activités médicales particulières (AMP) suscitent des craintes dans votre région ?

J.-F.D. – Presque la totalité des médecins de notre région effectuent déjà des AMP. Mais certains omnipraticiens seront quand même touchés par les nouvelles mesures. À mon avis, les AMP sont nécessaires. Si le nombre d'omnipraticiens d'un territoire baisse, elles permettent de s'assurer que les services prioritaires seront toujours donnés. Elles ont pour objectif le partage des tâches prioritaires entre les médecins. C'est ainsi qu'il faut les voir.

Même si les AMP nous ont été imposées, leur contenu a été négocié. Le fait que les médecins soient responsables de leur gestion par l'intermédiaire du DRMG est un élément important. Les AMP peuvent sembler exigeantes, mais, d'un autre côté, elles nous rappellent que nous avons choisi une profession où l'on ne peut pas tout quitter à 17 heures et que nous devons être souvent disponibles les fins de semaine.

M.Q. – Il existe des groupes de médecine familiale (GMF) dans votre région. Comment cela se passe-t-il ?

J.-F.D. – À Trois-Pistoles, le GMF des Basques a été l'un des premiers mis sur pied. Sa particularité tient au fait que l'ensemble des médecins de la municipalité régionale de comté en fait partie. Actuellement, 4 000 patients y sont inscrits. Ils ont un dossier unique. Le CLSC, l'urgence, les cabinets privés, les établissements de soins prolongés sont tous informatisés, et les renseignements sont donc regroupés. Les omnipraticiens ont d'ailleurs créé un logiciel pour faciliter le suivi clinique.

En ce qui concerne le travail au sein du GMF, les médecins ont délégué certains actes aux infirmières, ce qui a diminué leurs tâches et les a libérés pour d'autres activités. Ainsi, l'objectif est atteint en ce qui concerne les omnipraticiens. Quant aux infirmières qui accomplissent dorénavant certaines de leurs fonctions, elles doivent se conformer à des protocoles, comme celui de l'anticoagulothérapie ou du traitement des personnes souffrant d'hypothyroïdie.

Par ailleurs, à Rivière-du-Loup, un nouveau groupe de médecine familiale, le GMF Lafontaine, est en place depuis le 16 décembre et un autre dans la vallée de la Matapédia, depuis le 7 janvier.

M.Q. – Comme président d'association, avez-vous des projets particuliers pour cette année ?

J.-F.D. – Oui ! Nous projetons de rendre hommage à des médecins de notre région, un peu comme le fait la FMOQ. Un premier document a été distribué à l'assemblée générale annuelle de notre association. Nous devons travailler à ce projet à la prochaine réunion du bureau de l'Association. Il devrait être prêt au cours de l'année. ☘

Comparaison du revenu moyen d'un médecin de famille du Bas-Saint-Laurent et celui d'un omnipraticien du Québec

Pratique active	Bas-Saint-Laurent	Québec	Écart
Revenu moyen			
2001-2002	186 568 \$	171 955 \$	8,5 %
2002-2003	189 512 \$	175 530 \$	8,0 %
Écart	1,6 %	2,1 %	
Nombre d'actes/médecin			
2001-2002	5 404	5 936	- 9,0 %
2002-2003	5 342	5 797	- 7,9 %
Écart	- 1,2 %	- 2,3 %	
Coût moyen d'un acte			
2001-2002	34,34	28,81	19,2 %
2002-2003	35,28	30,12	17,1 %
Écart	2,7 %	4,6 %	

Source : Banque de données de la FMOQ

◀◀◀ (Suite de la page 25)

Formation en médecine familiale **opinion des jeunes médecins**

par Francine Fiore

Actuellement de deux ans, la longueur de la résidence en médecine familiale convient très bien aux jeunes médecins qui réclament néanmoins certaines améliorations au cursus. C'est ce que révèle un sondage réalisé par la Fédération des médecins résidents du Québec (FMRQ) auprès de 400 résidents et médecins en pratique depuis moins de deux ans.

Selon 93 % des résidents et 91 % des finissants, la formation postdoctorale actuelle permet de répondre de façon « assez adéquate » ou « très adéquate » aux besoins des patients. Ainsi, 84 % des répondants affirment être « assez » ou « très » certains de pouvoir exercer, à brève échéance, une médecine polyvalente après ces deux années.

Les jeunes médecins estiment cependant que la formation en médecine familiale n'est pas tout à fait conforme à la réalité de la pratique. Afin de mieux préparer les résidents, la FMRQ souhaite qu'ils puissent effectuer des stages en région. Dans les établissements éloignés, le médecin de famille joue un rôle central dans la gestion des soins. « En milieu universitaire, nous travaillons surtout avec des spécialistes. Mais cela n'est pas représentatif de la vraie pratique où le médecin de famille gère lui-même ses patients et leurs maladies. Il doit être capable de faire face aux situations cliniques très rapidement », affirme le

D^r Bernard Junior Richard, président du Comité des affaires pédagogiques en médecine familiale, à la FMRQ.

En outre, il semble qu'un certain soutien en début de carrière serait fort apprécié par les jeunes médecins. Ainsi, 84 % des résidents et 70 % des finissants souhaitent bénéficier de l'aide de leurs pairs dans le cadre d'un programme de mentorat. Cela contribuerait à diminuer l'insécurité qui persiste chez certains d'entre eux, particulièrement chez ceux pour qui la pratique à l'urgence constitue un facteur de stress.

Une perte de temps

Le sondage confirme également la position de la FMRQ qui s'oppose à l'ajout d'une troisième année en médecine familiale depuis que cette proposition a été lancée. « Ce serait une perte de temps et cela aggraverait la pénurie de nouveaux médecins de famille en retardant leur arrivée en pratique », estime le D^r Richard.

Les données indiquent également que, selon 48 % des médecins résidents et 45 % de ceux déjà en exercice, le contact avec les différentes spécialités est insuffisant au cours de la formation. Afin d'accroître les connaissances nécessaires à leur pratique, presque la moitié des répondants souhaitent une prolongation de leur formation par des stages optionnels d'une durée de un à six mois. « Si un finissant sait qu'il devra faire de la pédiatrie, par exemple, il pourra se perfectionner dans ce domaine », suggère le D^r Richard. À la suite d'une position adoptée par son conseil d'administration le 16 janvier 2004, la FMRQ fait donc une recommandation à ce sujet ainsi que plusieurs autres concernant la formation postdoctorale. ☞

Syndicographies