

Conférence de presse AMCLSCQ-FMOQ

craintes concernant l'avenir des services médicaux dans les CLSC

L'Association des médecins de CLSC du Québec (AMCLSCQ) et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ) ont organisé une conférence de presse pour faire connaître leurs inquiétudes sur l'avenir des services médicaux dans les CLSC. Au sein de la nouvelle instance locale à laquelle ils seront bientôt incorporés, les médecins de ces établissements pourront-ils continuer à pratiquer la médecine familiale et ne pas être cantonnés que dans les programmes ?

« On veut envoyer certains messages aux futurs décideurs des instances en ce qui concerne l'équilibre à préserver dans ces organisations pour conserver les services de première ligne, a expliqué aux journalistes le **D^r Sylvain Dion**, président de l'AMCLSCQ. On s'adresse aussi aux décideurs gouvernementaux pour leur dire que nous avons des inquiétudes et des attentes. Et ce, d'autant plus que des mesures législatives vont être annoncées à moyen terme pour harmoniser les orientations de la *Loi 25* avec celles de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*. »

Deux mesures sont essentielles pour protéger les acquis des CLSC au sein des futures instances locales, maintenant appelées « centres de santé et de services sociaux », considère l'AMCLSCQ. D'une part, ces nouveaux centres devront avoir un service spécifique de médecine familiale qui assurera à la population les services déjà offerts dans les CLSC. D'autre part, les omnipraticiens qui y exerceront devront être représentés au conseil d'administration de la nouvelle organisation.

La lutte des médecins de CLSC semble avancer. « Nous avons actuellement l'assurance du ministre de



Photo : Emmanuèle Garnier

Les D^{rs} Jean-Denis Bérubé, Sylvain Dion et Renald Dutil au cours de la conférence de presse

la Santé et des Services sociaux et du sous-ministre attitré qu'ils veulent maintenir les soins médicaux de première ligne dans les CLSC. Le ministre nous a également affirmé qu'il y aura une enveloppe protégée pour ces services dans les budgets qu'il accordera aux instances locales », a annoncé le **D^r Renald Dutil**, président de la Fédération. Lui-même est intervenu à plusieurs reprises, tant sur la place publique qu'auprès des responsables du ministère, pour faire progresser le dossier.

La bataille n'est cependant pas encore gagnée. « Il reste la question de l'organisation administrative qui sera mise en place après la fusion des établissements. Comment, par exemple, s'assurer qu'il y aura un service médical de première ligne dans les centres qu'on appelle aujourd'hui CLSC ? Cela fait encore l'objet de discussions », a précisé le D^r Dutil. L'enjeu est important : il concerne 1777 médecins qui offrent à eux seuls 20 % des services de première ligne.

Journée de formation et de réflexion

Quelques étages en dessous de la conférence de presse, se tenait la journée de formation et de discussion sur



Médecins de CLSC assistant à la journée de formation

la Loi 25 et le projet médical en CLSC, organisée par l'AMCLSCQ. Plus d'une centaine de médecins responsables des services médicaux dans des CLSC de presque toutes les régions du Québec y assistaient. « Ils sont venus réfléchir à la manière dont les médecins de CLSC assumeront leurs responsabilités dans les nouveaux centres de santé et de services sociaux, à la façon d'y prendre leur place et aux exigences qu'on devrait avoir concernant la mise en place de ces instances », a résumé le D^r Dion.

Des conférenciers mandatés par le ministère de la Santé et des Services sociaux, l'Association des hôpitaux du Québec, l'AMCLSCQ et la FMOQ sont venus informer les médecins et présenter leur point de vue. Les participants ont ensuite

discuté entre eux des différentes questions abordées au cours de tables rondes.

« À la fin de la journée, les médecins sont partis mieux renseignés, mais probablement pas beaucoup plus rassurés », explique la D^{re} Anne Rompré, secrétaire de l'AMCLSCQ, qui a organisé la journée. « Différents



D^{re} Anne Rompré

conférenciers, surtout ceux du ministère, ont voulu nous rassurer. Mais la question reste entière : quelle place sera réservée aux services médicaux généraux de première ligne dans les futurs établissements fusionnés ? Il reste beaucoup d'imprévu. Les établissements auront une certaine autonomie en ce qui concerne les choix cliniques qu'ils feront. »

L'avenir ? Les médecins de CLSC ne doivent pas bouder la réforme, estime la D^{re} Rompré.

« Il faut essayer d'être proactif. Ce sera la responsabilité de chacun d'entre nous, dans chacun de nos établissements, de prendre des initiatives, de rencontrer nos partenaires et d'être présents dans toutes les structures : le service de médecine, le Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens ainsi que le Conseil d'administration. » ❧

Activité physique chez les jeunes il faudrait 150 minutes par semaine à l'école

Dans les écoles, le temps minimal consacré à l'éducation physique devrait être de 150 minutes par semaine, selon l'Association des éducateurs et éducatrices physique de l'Estrie et la Faculté d'éducation physique et sportive de l'Université de Sherbrooke. Cette mesure permettrait aux jeunes d'acquérir de saines habitudes de vie et les aptitudes nécessaires pour pratiquer des activités physiques toute leur vie.

« Il est urgent et nécessaire que le gouvernement du Québec, notamment le ministère de l'Éducation, règle une fois pour toutes la question du temps alloué à l'éducation physique et à la santé dans nos écoles », estiment les deux organismes. Pour mieux promouvoir



D^r Renald Dutil



M. Michel Prescott

leur cause, ils ont organisé une conférence de presse à laquelle ils ont convié des personnalités publiques sensibles à la place de l'éducation physique et de la santé dans le système d'enseignement.

Organisée simultanément dans les trois villes universitaires, la vidéoconférence a réuni des élus municipaux comme **M. Jean-Paul L'Allier**, maire de Québec, **M. Jean Perrault**, maire de Sherbrooke, **M. Michel Prescott**, vice-président du comité exécutif de Montréal, ainsi que des acteurs du monde des lettres, comme **M. Paul Ohl**, du milieu scolaire, comme **M^{me} Louise Mainville** et du domaine de la santé, comme le **D^r Renald Dutil**.

Une mesure de prévention efficace

« Lorsqu'on m'a demandé d'apporter notre appui aux éducateurs physiques pour obtenir un programme de 150 minutes par semaine d'éducation physique et à la santé, j'ai accepté avec plaisir, parce que les médecins de famille qu'on représente constatent de plus en plus

que la condition physique des jeunes est loin d'être optimale », a déclaré le **D^r Dutil**, président de la FMOQ.

Les chiffres, personne ne l'ignore, sont inquiétants. Au Québec, environ 15 % des jeunes de 9 à 16 ans étaient obèses ou faisaient de l'embonpoint en 1999. Au Canada, en 20 ans, le taux d'obésité est passé de 2 % à 10 % chez les enfants. Les enfants obèses risquent davantage de souffrir

d'hypertension et d'hypercholestérolémie à l'âge adulte. Par ailleurs, 58 % des jeunes de 12 à 19 ans seraient physiquement inactifs au pays.

« J'ai du mal à comprendre que, malgré tous les efforts que fait la ville de Montréal, nos jeunes soient si sédentaires, et ce, au détriment de leur santé. Je n'entrevois qu'une solution, a affirmé **M. Prescott**. Que la pratique régulière d'activités physiques et sportives devienne une habitude de vie que les jeunes prennent le plus tôt possible et entretiennent pendant toute leur jeunesse. »

Le monde scolaire est un univers privilégié pour susciter l'intérêt pour l'activité physique. « À l'école, l'éducation physique et à la santé a l'avantage d'être obligatoire pour tous. C'est le seul endroit où la totalité des jeunes qui fréquentent nos établissements sont rejoints, quel que soit leur milieu familial ou socio-économique », a fait valoir pour sa part **M^{me} Mainville**, membre du comité exécutif de la Commission scolaire de Montréal.

L'augmentation du temps consacré à l'activité physique dans les écoles serait bénéfique tant sur le plan social, médical que financier. « Il m'apparaîtrait aberrant que le gouvernement ne prenne pas les mesures requises pour promouvoir l'activité physique, l'un des moyens préventifs les plus importants pour éviter un grand nombre de problèmes de santé coûteux », a conclu pour sa part le **D^r Dutil**. ❧



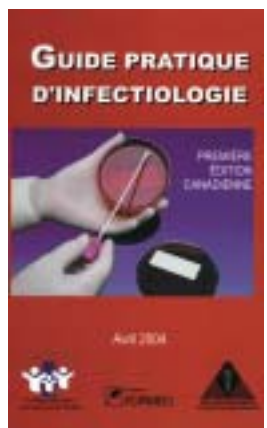
M^{me} Louise Mainville au cours de la vidéoconférence

Guide pratique d'infectiologie



Photos : Emmanuelle Garnier

D^r Jean Desaulniers



Dans un format pratique et facile à consulter, la nouvelle édition du *Guide pratique d'infectiologie* vient de paraître. Le livre traite des infections qui peuvent toucher les différents systèmes, chez des patients de divers âges et présentant des problèmes de santé variés. On y trouve ainsi tant les otites moyennes réfractaires au traitement que l'abcès cérébral chez le sidéen et les infections des tissus mous chez les personnes âgées.

Dans un style concis et sous forme de tableaux, le *Guide* donne pour chaque maladie des informations qui orientent le médecin, puis indique les agents pathogènes en cause, le traitement initial recommandé et les solutions de rechange.

La nouvelle édition offre des chapitres sur les interactions médicamenteuses et la résistance bactérienne ainsi qu'un autre sur la pédiatrie contenant les dernières données sur la vaccination. « Il y a eu, par ailleurs, une mise à jour de tout l'arsenal thérapeutique », précise le **D^r Jean Desaulniers**,

responsable de la coordination et de la réalisation du volume.

Parrainé par l'Association des médecins omnipraticiens de la Mauricie et le Collège québécois des médecins de famille, le *Guide*, publié par les éditions Formed, a été rédigé par des microbiologistes-infectiologues, des omnipraticiens, des pharmaciennes et une pédiatre, dont la majorité viennent de Trois-Rivières.

Maintenant traduit en anglais, l'ouvrage s'adresse dorénavant à

tous les omnipraticiens du Canada. On peut se le procurer dans les librairies médicales, ou encore auprès du Collège québécois des médecins de famille au (450) 973-2228 ou au www.cqmf.qc.ca. Le prix du *Guide* est de 29,95 \$.

Dîner-bénéfice de la Fondation OLO un succès

La FMOQ a appuyé la Fondation OLO qui organisait un dîner-bénéfice, intitulé « Québec, terre fertile », auquel étaient conviés des gens d'affaires et des professionnels de la santé. Le président de la Fédération, le **D^r Renald Dutil**, avait accepté de faire partie du comité d'honneur. Des représentants de plusieurs associations affiliées à la FMOQ, dont celles des médecins omnipraticiens de Montréal, de Laval, des CLSC, de Richelieu-Saint-Laurent et de Laurentides-Lanaudière, ainsi que certains directeurs de la FMOQ y ont également assisté.

Grâce à cet événement, la Fondation OLO qui contribue à la naissance de bébés en bonne santé en fournissant des œufs, du lait et du jus d'orange à des femmes enceintes vivant dans la pauvreté, a récolté 45 150 \$. L'an dernier, les mères de plus de 12 000 bébés ont pu profiter de ce programme. Le repas, qui a été animé par **M. Marc-André Coallier**, porte-parole de la Fondation, a réuni quelque 350 convives.



M. Marc-André Coallier animait le dîner-bénéfice auquel participaient des représentants de la FMOQ et de plusieurs associations.

L'expérience des réseaux locaux au Saguenay–Lac-Saint-Jean

entretien avec le D^r Georges-Henri Villeneuve,
président de l'Association des médecins omnipraticiens du Saguenay–Lac-Saint-Jean



Photo : Emmanuèle Garnier

D^r Georges-Henri Villeneuve

Alors que la création imminente de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux suscitent des appréhensions, les médecins du Saguenay–Lac-Saint-Jean, eux, ont déjà expérimenté la formule. « Personne ne souhaiterait retourner en arrière », confie le D^r Georges-Henri Villeneuve.

M. Q. – Comment voyez-vous l'arrivée des réseaux

locaux de service de santé et de services sociaux ?

G.-H. V. – Ces réseaux existent déjà au Lac-Saint-Jean, soit à Dolbeau, à La Baie et à Jonquière. Le réseau d'Alma est presque installé et celui de Roberval est en transformation. Il reste à organiser celui de Chicoutimi.

M. Q. – Quels sont les avantages de ces réseaux ?

G.-H. V. – Ils sont très efficaces et assurent une rapidité des services, un gain de productivité et constituent un guichet unique pour la demande de soins du patient. Lorsqu'une personne se présente à l'hôpital ou au CLSC, elle est immédiatement orientée vers le bon intervenant et circule facilement d'un établissement à l'autre. Des infirmières de liaison assurent la coordination. Ce système favorise la communication ainsi que l'acheminement des données entre les professionnels et le patient, sans paperasse inutile. Le personnel du CLSC est en contact avec celui des cabinets de médecins et des hôpitaux. Il existe une atmosphère de collaboration et d'entraide. Personne ne souhaiterait retourner en arrière.

M. Q. – Est-ce que les CLSC ont gardé leur vocation ?

G.-H. V. – Les centres hospitaliers et les CLSC ont été fusionnés, mais ces derniers n'ont pas perdu leur vocation pour autant. Leur enveloppe budgétaire est protégée. Aucun CLSC ne s'est senti floué. Ils ont perdu leur identité de CLSC pour devenir des centres de santé, mais

ont gardé leur mission initiale, que ce soit dans les soins de longue durée, le service de maintien des patients à domicile ou la prévention. Ils n'avaient par ailleurs pas de service de médecine générale, sauf le CLSC de Chicoutimi qui l'a conservé. Le système fonctionne donc comme avant, sauf que les gens se côtoient davantage et que le CLSC n'est plus isolé avec son mandat et sa mission. Ces fusions étaient cependant volontaires et basées sur la logique.

M. Q. – Ce système permettrait-il de faire des économies ?

G.-H. V. – Les responsables affirment avoir réalisé des économies. En fait, l'argent épargné dans les budgets a été utilisé pour des services et pour l'organisation. Je ne crois pas qu'on économisera vraiment. Les dépenses se feront différemment, plus efficacement. Par exemple, on a maintenant un seul système d'archives au lieu de trois. Le même dossier circule partout. C'est beaucoup plus intéressant.

M. Q. – Dans un autre domaine, les nouveaux plans régionaux d'effectifs médicaux (PREM) vous aident-ils ?

G.-H. V. – Ils pourraient constituer un début de solution, à condition qu'ils soient vraiment respectés. À moyen et à long terme, cette formule apportera sans doute un peu d'oxygène dans la région, mais à court terme la situation restera difficile.

M. Q. – Donc, s'il y a de l'espoir pour l'avenir, le présent demeure pénible ?

G.-H. V. – Ici, au Saguenay–Lac-Saint-Jean, le PREM nous accorde en tout 18 médecins de plus. Mais même si nous avons des postes disponibles, cela ne veut pas dire qu'il y a des candidats. Seulement trois médecins ont été recrutés pour les six nouvelles places de Jonquière et deux pour les quatre de Dolbeau.

C'est à Roberval que la situation est la plus grave. On n'y retrouve que 60 % des effectifs prévus, soit environ 20 omnipraticiens sur 34. Ces médecins sont épuisés à cause de la surcharge de travail. Ils ont l'impression d'être complètement incompris de la FMOQ et du MSSS. Des

interventions ont été faites, mais on ne voit pas la lumière au bout du tunnel faute de recrutement d'effectifs.

Je pense que la situation actuelle est alarmante. Si un médecin est malade une journée, ses collègues doivent se partager ses heures de travail. À l'urgence de Roberval, un médecin ne pratiquant qu'en obstétrique a été obligé d'être de garde pendant une demi-journée. Un confrère aux soins intensifs pouvait l'aider au cas où il y aurait eu un patient présentant un problème cardiaque. Mais si une complication cardiaque était survenue en même temps aux soins intensifs et à l'urgence, ils auraient eu de sérieuses difficultés.

M. Q. – Pourquoi la pénurie est-elle si criante à Roberval ?

G.-H. V. – À cause de la *Loi 114*, des médecins qui venaient de s'installer à Roberval sont partis immédiatement craignant de ne plus pouvoir s'en aller. L'effet a été dévastateur. Non seulement la ville a-t-elle perdu les nouveaux médecins recrutés, mais elle a été incapable d'en attirer pendant deux ans. Il y avait de l'espoir pour cette année, mais rien ne bougera, semble-t-il.

M. Q. – Quelle solution entrevoyez-vous ?

G.-H. V. – Il faut des médecins dépanneurs. L'équipe est tellement réduite que les omnipraticiens s'épuisent rapidement. Il faut alléger leur travail et leur assurer une bonne qualité de vie. Cela favorisera le recrutement, et la pratique à Roberval deviendra plus intéressante. Actuellement, si l'on mentionne la charge de travail à accomplir, les médecins susceptibles de s'installer dans cette ville ont peur et refusent de venir. Les effectifs que nous recruterons devront servir à soulager l'équipe actuelle plutôt qu'à remplacer les médecins dépanneurs. C'est la formule qui a été employée à Dolbeau. Les jeunes médecins qui sont arrivés n'ont diminué que partiellement le recours au dépannage et ont surtout permis d'alléger la tâche de leurs collègues. Ainsi, les médecins sur place ont réussi à vivre une année acceptable. À moyen terme, ils pourront réduire leur demande d'aide extérieure. Le problème à Roberval, c'est qu'on n'arrive pas à attirer des médecins dépanneurs pour diminuer la charge de travail. Il est difficile d'en trouver parce qu'ils sont habitués à dépanner au même endroit.

M. Q. – Vous êtes en faveur de stages dans les régions éloignées pour les résidents en médecine familiale. Qu'est-ce que cela leur apporterait ?

G.-H. V. – À mon avis, les résidents en médecine familiale devraient faire des stages dans des hôpitaux où il n'y a pas de spécialistes en permanence à leurs côtés. Dans les régions, les spécialistes de base y sont disponibles, mais pas immédiatement. Ce serait bénéfique. Laissés à eux-mêmes, les résidents apprendraient à poser des jugements rapides et à prendre des décisions efficaces. Ils devraient gérer seuls un problème. Cela leur permettrait de se faire une opinion personnelle de la situation et d'aller le plus loin possible avant de transférer le patient. Cela est possible en région, parce qu'il n'y a pas d'autres choix. Dans les hôpitaux de Montréal, par contre, les résidents en médecine familiale ont toujours d'autres résidents en endocrinologie, en pneumologie ou d'une autre spécialité autour d'eux. Ces derniers peuvent prendre en charge les beaux cas dont les résidents en médecine familiale auraient pu s'occuper. Leur stage devrait donc avoir lieu là où il n'y a pas de résidents en spécialité. Ce serait plus formateur.

M. Q. – Pour les régions, ce serait avantageux.

G.-H. V. – Si les résidents de deuxième année effectuaient un stage d'un an et demi en région, ils donneraient un grand coup de main à l'endroit où ils iraient, parce qu'ils possèdent déjà des compétences. Ils constituent non seulement une main-d'œuvre compétente, mais leur présence stimulerait les médecins sur place. Il y aurait un échange. Les uns apporteraient leur expérience pratique et les autres, leurs connaissances théoriques.

Par ailleurs, le fait d'aller en région ferait comprendre aux résidents qu'il y a des gens qui y habitent, qu'ils y ont une bonne qualité de vie, mais aussi des besoins. Sur le plan professionnel, les résidents verraient combien il est valorisant de voir son diagnostic et son choix du traitement confirmés par le spécialiste à qui l'on a envoyé un patient. Ce projet de stage pour les résidents en médecine familiale est très intéressant. J'ai fait passer ce message à plusieurs reprises à des responsables du ministère de la Santé. ☘