

# XV<sup>e</sup> congrès syndical de la FMOQ – I

## Le médecin de famille de 1992 à 2015: bilan et perspectives



**Reportage**

*Emmanuelle Gartner et Francine Fiore*

*Organisé tous les quatre ans, le congrès syndical constitue pour la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ) un moment privilégié qui lui permet d'enrichir sa réflexion sur des questions cruciales. Le colloque, qui se déroulait à Laval, comprenait à la fois des conférences et des ateliers. Voici la première partie du reportage, qui se poursuivra le mois prochain.*

## Le médecin de famille de 1992 à 2015 : bilan et perspectives – 1<sup>re</sup> partie

Les 17 et 18 novembre derniers, la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ) s'est penchée sur d'importants enjeux à l'occasion de son quinzième congrès syndical. Intitulé *Le médecin de famille de 1992 à 2015 : bilan et perspectives*, le colloque a permis d'analyser les actions passées et de lancer de nouvelles idées.

« Il est toujours bon de regarder le passé pour mieux se situer aujourd'hui et bien regarder comment on doit se réorienter dans l'avenir », a indiqué le **D<sup>r</sup> Renald Dutil**, président de la FMOQ, aux 175 congressistes.

Venus de tous les coins du Québec, les omnipraticiens participants ont analysé la définition du médecin de famille, les modèles ontariens et britanniques

d'organisation et de rémunération, les améliorations à apporter aux nouveaux modes d'organisation québécois et les orientations de l'action syndicale. Bilans, réflexions, remises en question et propositions pour l'avenir.

### **Des remises en question**

Les congressistes se sont, entre autres, penchés sur le rôle et la définition du médecin de famille. Au Québec, 94 % des omnipraticiens se considèrent comme tels. La FMOQ doit-elle accorder à la prise en charge et au suivi une place plus importante qu'aux autres activités ? Des membres ont estimé que le discours syndical devait souligner que le travail de prise en charge et de suivi constituent

## 40<sup>e</sup> anniversaire du Médecin du Québec – un hommage du ministre de la Santé



D<sup>re</sup> Louise Roy

Au cours du colloque, *Le Médecin du Québec* a souligné son quarantième anniversaire par un cocktail suivi d'un gala. La revue a créé pour l'occasion un prix qui porte son nom pour récompenser le travail d'une équipe de médecins qui s'est distinguée au cours de la rédaction d'un dossier de formation continue. Ce premier prix *Le Médecin du Québec* a été décerné au **D<sup>r</sup> Bernard Duval**, de l'Institut de santé publique du Québec, qui a été le responsable de thème du numéro d'octobre 2004 intitulé « Les vaccins : un défi renouvelé ».

Une seconde distinction, le prix Gilles-des Rosiers, a été remise au **D<sup>r</sup> Jocelyn Bérubé** pour souligner sa contribution en formation médicale continue. Cet hommage récompense l'excellence du travail qu'un formateur a effectué auprès de ses confrères par l'intermédiaire d'articles, de conférences, d'ateliers ou de congrès.

Le lendemain, dans son discours, le ministre de la Santé et des Services sociaux, **M. Philippe Couillard**, s'est joint rétrospectivement aux omnipraticiens qui ont célébré les 40 ans du *Médecin du Québec*. « Je me souviens de mes premières semaines comme étudiant en médecine où je recevais avec avidité et intérêt cette revue. Et de revoir 40 ans plus tard cette revue si active et si importante me satisfait énormément. »

Le ministre a également signalé l'apport de la publication dans le monde médical québécois. « À une époque où la science médicale évolue à un rythme très rapide, l'ampleur et l'expansion des connaissances ainsi que les possibilités techniques représentent un immense défi pour l'ensemble de la profession. La contribution exceptionnelle que représente, en particulier, la section de formation médicale continue du *Médecin du Québec* doit absolument être soulignée. » M. Couillard a ensuite rendu hommage à toute l'équipe de la revue, mais en particulier à la rédactrice en chef, la **D<sup>re</sup> Louise Roy**, qui a été ovationnée.



la responsabilité première du médecin de famille. Cependant, la Fédération ne doit pas négliger les intérêts des généralistes qui se consacrent à d'autres tâches.

La profession médicale est, par ailleurs, touchée à la fois par le vieillissement et l'apparition de nouvelles valeurs concernant la qualité de vie. Comment concilier ces changements avec les besoins de plus en plus pressants de la population ? Pour plusieurs congressistes, il faut trouver un juste milieu entre les demandes des plus jeunes omnipraticiens et celles des plus expérimentés. Par



D<sup>r</sup> Renald Dutil

ailleurs, pour alléger le travail des médecins, la FMOQ devrait négocier des mesures comme l'informatisation et l'aide d'infirmières et d'autres professionnels de la santé. La pratique de groupe pourrait également être une solution.

Au cours des quinze dernières années, la FMOQ et les omnipraticiens ont connu des situations difficiles. Des lois douloureuses, comme la Loi 114 sur les urgences et la Loi 142 imposant les nouvelles activités médicales particulières (AMP), ont été adoptées. Parallèlement, des négociations ardues ont mené à la prolongation

de l'Entente générale dans laquelle la Fédération a dû accepter ces AMP et les nouveaux PREM. Les mécanismes de consultation de la FMOQ sont-ils suffisants pour ce genre d'enjeux cruciaux ? Que devrait faire la Fédération ? Plusieurs participants ont estimé qu'en cas de crise, elle n'a pas le temps de consulter ses membres. Cependant, en ce qui concerne le renouvellement de l'Entente générale, elle doit obtenir l'approbation des médecins par la tenue d'un vote.

Les médecins, réunis à Laval pendant deux jours, ont approfondi de nombreuses autres questions : les groupes de médecine de famille et les cliniques médicales associées seront-ils suffisants pour assurer le développement des services de médecine familiale ? Comment arriver à ce que chaque personne ait un médecin de famille ? Comment la FMOQ peut-elle favoriser la participation de tous les généralistes, y compris des femmes et des jeunes, qui sont sous-représentés selon les participants ?

### ***D'intéressants modèles de l'extérieur du Québec***

Au cours du congrès, des conférenciers britannique, ontariens et belge, ont décrit leurs modes de rémunération et leurs services de médecine générale. Des comparaisons intéressantes montrant des gains possibles à faire pour les omnipraticiens québécois. Le **D<sup>r</sup> John Rapin**, qui a été président de l'Association médicale de l'Ontario, par exemple, a présenté les stratégies qui lui ont permis d'obtenir une augmentation de 25 % sur quatre ans pour ses membres.

Le discours du médecin ontarien était particulièrement intéressant en ces temps de négociations avec le gouvernement. « On a été particulièrement frappés par l'entente de l'Ontario, a indiqué le D<sup>r</sup> Dutil qui en connaissait bien la teneur. Elle contient des éléments très intéressants. » Mais il faut savoir que les omnipraticiens québécois n'ont pas été désavantagés par le renouvellement de leur dernière Entente générale : ils ont gagné une hausse globale de 19 % pour la période 2000-2001 à 2003-2004.

Les débats des participants ont confirmé l'orientation qu'avait prise la FMOQ dans ses négociations. « La priorité de notre future entente sera bien sûr la prise en charge et le suivi par le médecin de famille. Cela ne signifie pas que l'on va négliger les



autres secteurs de pratique. On va demander des redressements pour certains domaines et des majorations pour tous les secteurs de pratique », a précisé le président de la FMOQ. **E.G.**

# Les nouveaux modes d'organisation des soins de première ligne faut-il en faire davantage ? – Ateliers 1

*Au cours du congrès, trois séries d'atelier ont eu lieu sur les nouveaux modes d'organisation en première ligne, le rôle du médecin de famille et l'action syndicale. Nous vous présentons un article sur les ateliers du premier thème. Les autres ateliers seront relatés dans le numéro suivant.*

« Les structures doivent être allégées, et il faut faire confiance aux médecins », ont déclaré des participants aux ateliers portant sur les modes d'organisation des soins de première ligne. Les médecins étaient invités à se prononcer sur différents aspects de ces nouvelles organisations que sont les groupes de médecine de famille (GMF) et les cliniques médicales associées (CMA).

Selon plusieurs participants, les nouveaux modèles ne conviennent pas à toutes les régions. « Nous avons besoin de solutions mitoyennes, car il y a des régions où les médecins ne sont pas assez nombreux pour former un GMF, ont-ils précisé. Par conséquent, il faut trouver d'autres types de ressources afin d'assurer à la population un accès égal aux soins, peu importe le mode d'organisation en place et même en l'absence de GMF. »

Selon plusieurs omnipraticiens, il faut rendre les GMF plus efficaces. L'une des solutions serait d'obtenir les services d'un plus grand nombre d'infirmières. « Mais encore faut-il trouver des infirmières bachelières », ont fait remarquer certains. De plus, la rémunération pour des actes accomplis par un tiers serait fort appréciée. Par exemple, un médecin pourrait être rémunéré lorsqu'il supervise des actes faits par une infirmière.

Parmi les congressistes, certains ont souhaité qu'une étude sur les GMF soit réalisée afin de déterminer si cette structure permet de voir plus de pa-

tients et si les fonds qui y sont consacrés sont bien utilisés. « Dans le secteur privé, on évalue d'abord la rentabilité d'un projet avant de l'entreprendre, a rappelé un médecin. Mais quelle sera la rentabilité des GMF et des CMA ? Des millions de dollars seront dépensés pour en créer d'autres. Pourtant, on ne sait pas si on verra plus de patients pour autant. »

## **Favoriser la prise en charge**

Discutant du thème « Développement des activités de prise en charge et rôle des réseaux locaux de santé et de services sociaux », plusieurs participants ont mentionné qu'une rémunération adéquate de la

prise en charge s'impose. Cette rétribution pourrait prendre la forme d'un forfait ou d'un tarif horaire. De nombreux médecins ont précisé qu'il vaudrait mieux rémunérer la prise en charge non seulement des patients vulnérables, mais également de ceux qui ne le sont pas. De

même, il faudrait établir un forfait pour l'acceptation des patients « orphelins », c'est-à-dire qui n'ont pas de médecin traitant.

Selon plusieurs omnipraticiens, la prise en charge devrait être considérée comme une activité médicale prioritaire. Ils ont aussi proposé l'élaboration d'un programme de formation particulier afin que les médecins puissent se familiariser avec la prise en charge.

Dans le but d'assurer de meilleurs services aux pa-



tients, certains omnipraticiens ont insisté sur l'importance d'ajouter de nouvelles ressources au sein des groupes de médecins. Ainsi, il serait pertinent d'améliorer l'accès aux plateaux techniques et de créer un modèle organisationnel facilitant les liens avec les spécialistes. « Le plateau technique doit être plus accessible aux médecins de première ligne », ont fait remarquer plusieurs.

Certains congressistes ont également soutenu que la FMOQ et ses associations ont un rôle à jouer pour favoriser la prise en charge. Elles pourraient, par exemple, aider les cliniques à devenir plus attrayantes pour les médecins. Dans le cadre des cliniques-réseau, il serait également intéressant d'instaurer un forfait de prise en charge et de rembourser les frais de cabinet d'un nouveau médecin qui s'installe. En outre, la FMOQ et ses associations devraient valoriser la prise en charge auprès des jeunes médecins dès leur résidence.

### **Changement de valeurs**

Depuis le début des années 1990, d'importants changements sont survenus dans le monde médical, parmi lesquels on note la féminisation des effectifs, la diminution du nombre d'heures travaillées et la recherche d'un meilleur équilibre entre le travail et la vie privée. Face à ces changements, les participants à cet atelier se sont interrogés sur la manière de concilier les nouvelles valeurs et les exigences de la prise en charge des patients. À cette question, certains omnipraticiens ont répondu qu'il faut atteindre un juste milieu entre les demandes des jeunes médecins et celles des plus âgés. « Les valeurs des jeunes médecins ne changeront pas, ont-ils dit. Elles devront être adaptées aux besoins actuels de la population. Ainsi, les médecins doivent se respecter mutuellement afin de fonctionner selon les convictions de chacun. »


Par ailleurs, les médecins plus expérimentés devraient apporter leur appui aux jeunes médecins en début de carrière. Pour ce faire, il faudrait un budget destiné au mentorat. « Les médecins qui aident les jeunes devraient être rémunérés au lieu de faire du bénévolat », ont affirmé certains omnipraticiens.

Mais comment convaincre les jeunes médecins de s'installer en cabinet ? « L'aspect financier leur fait peur ont répondu les participants à l'atelier. Par conséquent,

ils s'attendent à ce qu'on les aide. La FMOQ doit donc leur apporter son soutien. » En outre, plusieurs médecins ont également proposé la création d'une formule d'aide aux nouveaux médecins et à leur famille (logement, emploi pour le conjoint, garderies, etc.) afin de faciliter leurs débuts dans la profession. Selon certains médecins, la FMOQ pourrait également apporter une aide précieuse aux jeunes médecins en ce qui concerne la gestion de la pratique en cabinet privé. « La FMOQ devrait leur offrir des services d'experts », ont suggéré certains.

### **Un moment de réflexion**

Comme le prévoit la Loi 90, les omnipraticiens doivent envisager une plus grande collaboration avec les autres professionnels de la santé, dont les infirmières et les pharmaciens. Certains participants ont donc suggéré que les généralistes fassent preuve d'une plus grande ouverture à cet égard. Selon plusieurs congressistes, une rémunération particulière devrait être accordée au médecin pour certains gestes qu'il pose couramment dans le cadre d'un travail multidisciplinaire, comme les appels téléphoniques au pharmacien, à l'infirmière du CLSC, aux travailleurs sociaux, à l'infirmière de liaison, etc. Les médecins omnipraticiens devraient, par ailleurs, participer à la formation des infirmières qui les aideront.

De l'avis des participants, ces ateliers ont été des plus enrichissants. Les discussions ont permis d'entamer une réflexion sur ces nouveaux modèles d'organisation des soins que sont les GMF et les CMA et de suggérer certaines modifications. Des idées et des commentaires des plus constructifs ont émergé de cette rencontre destinée à améliorer l'accès aux médecins omnipraticiens, tout en conservant la qualité des soins.  F.F.



# Rencontre des présidents d'association et du ministre de la Santé des améliorations pour la première ligne

Pour la première fois, un ministre de la Santé et des Services sociaux rencontrait les 19 présidents d'association de la FMOQ – ou leurs représentants –, en compagnie du D<sup>r</sup> **Renald Dutil**. Avant de s'adresser à l'ensemble des médecins du congrès, **M. Philippe Couillard** était venu parler aux présidents et répondre à leurs questions pendant une vingtaine de minutes.

Le ministre a d'abord tenu à communiquer sa profonde satisfaction à l'égard de la collaboration que la FMOQ lui offre dans de nombreux dossiers : organisation de la première ligne, accréditation des groupes de médecine de famille, cliniques-réseau, nouveaux rôles des infirmières, effectifs médicaux.

« En ce qui concerne votre pratique, le grand développement au cours des prochains mois sera l'informatisation du réseau », a indiqué M. Couillard qui a annoncé l'adoption, alors imminente, du projet de loi 83. Cette nouvelle mesure législative permet dorénavant la transmission de renseignements d'un établissement de santé à un cabinet privé.

« Soixante millions de dollars sont disponibles pour les premières vagues d'informatisation des réseaux locaux. Je pense qu'il devrait y avoir des changements appréciables dans vos conditions de pratique au cours des prochains mois et des prochaines années. »

Le projet de loi 83 touche non seulement l'informatisation, mais aussi la gouvernance du réseau, l'amélioration du mécanisme de traitement des plaintes dans les établissements de soins et la certification des résidences pour personnes âgées. « Cette loi vient consacrer les premiers efforts de réforme



M. Philippe Couillard

qu'on a faits à mon arrivée en 2003. Je ne vous cacherais pas que c'est l'héritage fondamental que j'ai l'intention de laisser au réseau après mon passage au Ministère. »

## Les petits GMF peuvent être acceptés

Après avoir entendu, au cours du congrès, des conférenciers mentionner qu'il y avait eu une augmentation récente de 33 %

du budget de fonctionnement de la première ligne en Angleterre et un financement massif en Ontario, l'un des présidents a voulu savoir quand le Québec investirait à son tour dans la médecine familiale.

M. Couillard a fait remarquer que, depuis 2003, la majorité des nouveaux budgets ont été alloués non pas aux hôpitaux, mais à la première ligne, y compris aux groupes de médecine de famille. Par ailleurs, son ministère vient de faire un important pas en ce qui concerne le dé plafonnement de la rémunération des omnipraticiens. Il a permis d'exclure la rétribution gagnée au cours des consultations sans rendez-vous dans les cliniques-réseau. « J'ai toujours indiqué publiquement que j'étais favorable au dé plafonnement dans la mesure où l'on peut dire aux contribuables qu'en échange de l'argent supplémentaire que l'on va accorder aux omnipraticiens, on va augmenter l'accès aux soins qui leur sont offerts. Une dépense accrue de l'État, destinée à payer davantage les gens pour faire la même chose, de la même façon n'est utile à personne. »

En ce qui concerne les GMF, que peuvent faire les cabinets trop petits pour en devenir un ? a demandé un président pratiquant dans un milieu rural, et qui, au cours des années, a vu son environnement pro-

fessionnel se détériorer. « Récemment, en Mauricie, on a accepté comme GMF un cabinet de cinq médecins », a affirmé le ministre.

Le modèle serait donc adaptable ? « On l'a déjà beaucoup adapté. On est prêt à considérer toutes les demandes, surtout dans les régions qui sont en difficulté, si l'on nous montre que cette solution peut être la bougie d'allumage pour attirer, recruter et garder des médecins. » Le ministre a affirmé avoir personnellement insisté au sein de son Ministère pour que les formules telles que les GMF soient plus souples. Mais les exigences de base, comme la prise en charge et le suivi, de même que la fidélisation des patients, doivent être respectées.

### **Des changements prochains touchant les AMP**

Un président venant d'une région éloignée a, par ailleurs, exposé au ministre la situation d'un nouveau médecin qui serait tenté de venir pratiquer en cabinet privé sur son territoire. Il en serait dissuadé tant financièrement, qu'en raison des obligations que lui imposent les activités médicales particulières (AMP). Il irait ainsi rapidement pratiquer à l'hôpital. Les mesures concernant les AMP sont peut-être allées un peu trop loin, a reconnu M. Couillard. « On a repeuplé les centres hospitaliers généraux et dépeuplé les cabinets pour la prise en charge des patients. »

Plus tard, dans son discours aux congressistes, le ministre s'est avancé encore davantage. Il a admis qu'il était plus facile de s'occuper d'un malade chronique qui arrive à l'urgence que d'organiser les services pour éviter qu'il ne s'y rende. « Lorsqu'on a créé les AMP, on a voulu, à juste titre, re-


garnir nos salles d'urgence et nos milieux hospitaliers. Cependant, dans mes tournées régionales, on m'a indiqué que le pendule était allé trop loin. Il y a maintenant moins de prise en charge et de pratique dans les cabinets. Je pense qu'il y a lieu de refaire l'examen de cette question-là, mais il faut faire attention de ne pas rebasculer de l'autre côté. » Dès 2003, cependant, la FMOQ avait mis en garde le Ministère des effets pervers des AMP centrés sur les activités hospitalières.

Poursuivant son allocution, le ministre n'a pas manqué de saluer les préoccupations sociales de la FMOQ. « Pendant la dernière décennie, et jusqu'à présent, les représentants des médecins omnipraticiens ont montré qu'ils étaient capables de conjuguer la défense et le développement des intérêts économiques et professionnels de leurs membres à la prise en compte des valeurs plus élevées de responsabilité envers leurs patients et la société dans



*Dr Renald Dutil*

son ensemble. »

Le Dr Dutil, qui a ensuite pris la parole, s'est réjoui des commentaires de M. Couillard. « Je n'ai jamais autant perçu, chez un ministre de la Santé et au sein de son équipe, l'importance qu'il accorde à la médecine de première ligne et au rôle du médecin de famille dans la prise en charge et le suivi des patients. » Mais au-delà de ces intentions, le ministre devra donner aux omnipraticiens les moyens d'assumer pleinement leur rôle de médecins de famille, a estimé le président de la FMOQ. Il souhaite d'ailleurs que le Ministère s'inspire de la récente entente ontarienne qui accorde aux omnipraticiens les incitatifs requis pour améliorer l'accès à un médecin de famille.  E.G.

# Les médecins omnipraticiens 2005

## récompenser l'engagement des médecins

*Au cours de la soirée gala du Congrès syndical de la FMOQ, cinq médecins ont été honorés pour leurs activités syndicales particulièrement riches ou pour leur travail médico-administratif exceptionnel.*

### **D<sup>r</sup> Benoît Poulin**

*La pratique en établissement*



*D<sup>r</sup> Benoît Poulin*

Présent sur les scènes locale, régionale et provinciale, le **D<sup>r</sup> Benoît Poulin** a été de tous les débats et de tous les combats au sein de la profession médicale. Très actif sur le plan syndical depuis 1972, il est également président de l'Association des médecins omnipraticiens œuvrant en établissement où sont dispensés des soins psychiatriques au Québec (AMOEP) depuis 1978.

Le D<sup>r</sup> Poulin est un ardent défenseur des intérêts des médecins en général et des membres de son association en particulier. « Il est important que quelqu'un représente et défende spécifiquement les intérêts des médecins rémunérés à honoraires fixes, ce à quoi je consacre mes activités syndicales depuis près de trente ans. »

Le D<sup>r</sup> Poulin a commencé sa pratique en milieu rural et urbain, soit dans cette belle région qu'est la Beauce, où il a d'ailleurs occupé dans les années 1970 divers postes, dont la présidence, au sein de l'Association des médecins omnipraticiens de la Côte-du-Sud. En 1975, le D<sup>r</sup> Poulin fait le saut à Montréal. Aujourd'hui, il pratique à l'Hôpital Louis-H. Lafontaine où il a occupé le poste de chef de département de médecine générale et longtemps siégé au Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP). Membre de la Commission médicale régionale (CMR) de Montréal-Centre depuis 1998, le D<sup>r</sup> Poulin a également été secrétaire du Comité de direction du Département régional de médecine générale (DRMG) de Montréal-Centre de 2000 à 2003.

Très honoré de recevoir le titre de *Médecin omnipraticien 2005*, le D<sup>r</sup> Poulin estime qu'il s'agit d'une source d'encouragement des plus précieuses afin de poursuivre dans la voie où il s'est engagé depuis longtemps.

### **D<sup>r</sup> Claude Rivard**

*De l'agriculture à la médecine*



*D<sup>r</sup> Claude Rivard*

D'abord diplômé en agronomie, le **D<sup>r</sup> Claude Rivard** élevait une multitude de poulets avant de devenir médecin. Puis ce fut le grand changement ! « Je voulais voir des gens, car j'étais isolé sur mes terres, dit-il. Maintenant j'en vois parfois trop. »

Depuis le début de sa pratique, en 1995, le D<sup>r</sup> Claude Rivard s'est impliqué auprès de ses confrères et de la population de la région Richelieu-Saint-Laurent. Chef de l'urgence à l'Hôpital Pierre-Boucher, il est également délégué à l'Association des médecins omnipraticiens du Richelieu-Saint-Laurent depuis 2001 et préside, de plus, le Comité sur les urgences à la FMOQ.

Il y a trois ans, le D<sup>r</sup> Rivard a contribué à régler avec brio une importante crise. Afin d'éviter la fermeture de l'urgence du Centre hospitalier du Centre-de-la-Mauricie (Hôpital de Shawinigan), il a organisé un jumelage avec l'Hôpital Pierre-Boucher. « Les médecins de notre urgence ont accepté de s'engager à assurer une vingtaine de gardes par mois, ce qui a permis de maintenir l'urgence de Shawinigan ouverte »,



dit le D<sup>r</sup> Rivard. Cet exemple de collaboration entre hôpitaux a probablement facilité l'abolition de la loi 114 qui forçait les médecins désignés à assurer des périodes de gardes spécifiques dans des urgences menacées de rupture de service.

Si l'urgence demeure la porte d'entrée du système de santé, le D<sup>r</sup> Rivard soutient qu'une réorganisation s'impose afin d'en arriver à une meilleure utilisation des urgences des hôpitaux. « Il faut sensibiliser les gens au fait qu'il existe d'autres ressources disponibles dans le système de santé. » C'est avec joie que le D<sup>r</sup> Rivard accepte le titre de *Médecin omnipraticien 2005* qui souligne un combat remporté haut la main !

### **D<sup>re</sup> Raymonde Vaillancourt**

*La polyvalence du médecin de famille*



*D<sup>re</sup> Raymonde Vaillancourt*

Dans ses activités professionnelles ou syndicales, la D<sup>re</sup> **Raymonde Vaillancourt**, a conservé le feu sacré qui l'anime depuis le début de sa carrière. Diplômée en 1975, la D<sup>re</sup> Vaillancourt a toujours pratiqué à Sherbrooke. « C'est ma patrie, et il y avait des besoins », dit-elle. Responsable médicale du Groupe de médecine familiale de Vimy, à Sherbrooke,

et chef du DRMG de la région, la D<sup>re</sup> Vaillancourt est aussi très active sur le plan syndical. Elle a été présidente de l'Association des médecins omnipraticiens de l'Estrie de 1997 à 2004 et est déléguée au Conseil de la FMOQ depuis 1979.

Responsable régionale de la formation médicale continue des omnipraticiens pendant plus de 20 ans, elle croit en la diversification du médecin de famille. « J'ai essayé de maintenir une médecine polyvalente auprès des patients de 0 à 100 ans. » Ainsi, après trente années de pratique, la D<sup>re</sup> Vaillancourt continue à effectuer des accouchements, fait le suivi des bébés, s'occupe de ses patients devenus âgés, assure les soins palliatifs à domicile et enseigne aux résidents de deuxième année en médecine familiale.

Inquiète devant la pénurie de médecins en première ligne, la D<sup>re</sup> Vaillancourt préconise plusieurs solutions. Entre autres, le travail multidisciplinaire. « Il est grand temps de permettre aux médecins de famille d'avoir plus de temps pour la pratique clinique grâce à de nouveaux modèles de collaboration avec les infirmières, les pharmaciens et les ressources communautaires. On doit aussi travailler à une meilleure intégration entre les omnipraticiens et les spécialistes dans un concept de "soins partagés". Il faut parallèlement arriver à échanger entre nous des informations pertinentes par des outils informatiques performants. »

À la fois heureuse et très surprise qu'on lui décerne le titre de *Médecin omnipraticien 2005*, la D<sup>re</sup> Vaillancourt accepte de le recevoir, mais au nom de ses collègues de la région qui le méritent également.

### **D<sup>r</sup> Laurent Marcoux**

*Clinique et administration*



*D<sup>r</sup> Laurent Marcoux*

Chef du DRMG de la Montérégie, le D<sup>r</sup> **Laurent Marcoux** est un syndicaliste engagé et un ardent défenseur de la place de l'omnipraticien dans le système de santé. Il est heureux d'avoir reçu le titre de *Médecin omnipraticien 2005* pour ses réalisations. « Je crois beaucoup à la première ligne de soins. La pratique de la médecine familiale est

l'assise de la santé. »

Dès qu'il a obtenu son diplôme de la Faculté de médecine de l'Université Laval en 1973, le D<sup>r</sup> Laurent Marcoux s'est installé dans un milieu rural, soit à Saint-Denis-sur-Richelieu, où il a participé à la fondation du Centre médical. En 2000, une fois terminée sa maîtrise en administration de la santé, il est devenu actif autant sur le plan médico-administratif que clinique et syndical.

Médecin polyvalent, le D<sup>r</sup> Marcoux a pratiqué en gériatrie, en psychiatrie, en médecine hospitalière, à l'urgence et en obstétrique. En dépit des heures

consacrées à ses activités administratives, le D<sup>r</sup> Marcoux prend le temps de voir ses patients à son cabinet et visite les plus âgés à domicile.

Au cours de sa carrière, le D<sup>r</sup> Marcoux a occupé différents postes qui lui ont permis d'appliquer ses connaissances en administration. Ainsi, il a été chef du service d'urgence et chef du département clinique de médecine générale au sein du Réseau Santé-Richelieu-Yamaska à Saint-Hyacinthe (ancien Hôpital Honoré-Mercier). Il a également été président du conseil d'administration de cet établissement et membre du comité exécutif du CMDP pendant une dizaine d'années. Il a aussi occupé le poste de président de la CMR de la Montérégie. Et ce n'est pas fini !

Actuellement chef de DRMG, le D<sup>r</sup> Marcoux est responsable de la formation et de l'intégration d'une table des DRMG provinciaux et est membre du Conseil médical du Québec. Sur le plan syndical, cet actif clinicien est un délégué de l'Association des médecins omnipraticiens de Yamaska et siège au Conseil de la FMOQ depuis une vingtaine d'années.

### **Le D<sup>r</sup> Mauril Gaudreault**

#### *La formation médicale en région*



*D<sup>r</sup> Mauril Gaudreault*


Après trente années de pratique médicale, le **D<sup>r</sup> Mauril Gaudreault** voit son rêve enfin réalisé, celui de former des médecins en région. Il s'agit du projet qui lui tient probablement le plus à cœur. « C'est la suite logique de mes longues années d'engagement dans les activités d'enseignement », indique-t-il.

Dès septembre 2006, le nouveau campus en région de la Faculté de médecine de l'Université de Sherbrooke, créé en collaboration avec l'Université du Québec à Chicoutimi, accueillera 24 étudiants en première année de médecine. Ils pourront y recevoir une formation médicale complète. « Dans quatre ans, nous aurons 96 étudiants inscrits à ce programme et 24 diplômés, prévoit le D<sup>r</sup> Gaudreault. Il est important de sensibiliser les futurs médecins à la pratique en région. »

Lui-même installé en région depuis le début de sa carrière, le D<sup>r</sup> Mauril Gaudreault a d'abord pratiqué la médecine familiale à la Clinique Montcalm, de Chicoutimi, avant de se joindre à l'unité de médecine familiale de cette ville où il pratique toujours. Il exerce également au Complexe hospitalier de la Sagamie depuis 1974.

Professeur titulaire d'enseignement clinique au Département de médecine familiale à l'Université de Sherbrooke, il est aussi directeur de l'enseignement universitaire et doyen associé de la Faculté de médecine de l'Université de Sherbrooke. « Je trouvais qu'il était intéressant de varier mes activités professionnelles, dit-il. Au cours d'une semaine, je ne fais jamais la même chose. Je vois des patients seul ou en compagnie des résidents à l'unité de médecine familiale, et je fais de l'administration. »

Si la pratique de la médecine familiale et l'enseignement demeurent ses grands centres d'intérêts professionnels, le D<sup>r</sup> Gaudreault soutient que l'administration lui plaît parce qu'elle lui permet de mettre sur pied de nouvelles ressources pour épauler les médecins de famille. « J'ai bien aimé la fonction de chef du DRMG du Saguenay, relate le D<sup>r</sup> Gaudreault. Cela m'a permis d'aider les médecins de famille à passer d'une approche individuelle, à laquelle ils sont habitués depuis toujours, à une approche que je qualifie de « populationnelle », qui tient compte du réseau dans lequel ils travaillent. »

S'il affirme être heureux de recevoir un prix, le D<sup>r</sup> Gaudreault en est également surpris. À son avis, cet hommage souligne son engagement dans la formation des médecins, et il est très honoré d'une telle reconnaissance de la part de ses confrères.  **F.F.**