

Négociation de l'entente générale 2002-2005

les demandes de la FMOQ

« Nous avons des mandats à vous demander », annonce d'entrée de jeu le **D^r Renald Dutil** au Conseil général du 27 avril dernier. Le président-directeur général de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ) a soumis aux 123 délégués les propositions qui seront déposées au ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) dans le cadre de la négociation de l'entente générale de 2002-2005. « Vous connaissez la majorité des demandes, puisque de nombreuses consultations ont eu lieu au cours des assemblées générales, du congrès syndical et à diverses occasions », précise le président.

Les objectifs généraux de la FMOQ au cours des prochaines négociations ? Obtenir une



Le D^r Renald Dutil.

augmentation financière qui sera répartie dans tous les secteurs de pratique et des budgets additionnels pour des dossiers comme les groupes de médecins de famille (GMF), le travail supplémentaire ainsi que la prise en charge et le suivi des clientèles vulnérables. Nouveauté, la Fédération propose aussi de créer un régime supplémentaire de retraite (voir l'*encadré*, page 5). Les délégués ont adopté toutes les propositions soumises. Elles seront présentées au gouvernement au cours du mois de mai.

Protocole d'accord relatif à la prise en charge et au suivi des clientèles vulnérables

L'une des priorités de la FMOQ est de faire reconnaître la responsabilité que doivent assumer les médecins de

famille qui prennent en charge et suivent des clientèles vulnérables. Pour répondre à cet objectif, le Bureau de la FMOQ a créé un protocole d'accord qui concernerait tous les médecins de famille, qu'ils pratiquent dans un cabinet, un CLSC, une unité de médecine familiale (UMF) ou fassent des visites à domicile. Le but de la proposition : améliorer l'accès aux soins pour les patients fragiles et reconnaître financièrement le travail de leur médecin de famille.

Le protocole vise à majorer de 25 % la rémunération et le suivi de clientèles vulnérables. Le médecin recevrait pour ces patients un « forfait de responsabilité » qui s'ajouterait au tarif de la consultation. Quels sont les patients visés ? Les personnes de 70 ans et plus, les malades souffrant d'affections complexes et ceux qui sont inscrits dans certains programmes.

Pour avoir droit au montant forfaitaire, le clinicien devrait être désigné par le patient comme étant son médecin traitant et être inscrit auprès du département

SYNDIGRAPHIES CE MOIS-CI

<i>Négociation de l'entente générale 2002-2005 les demandes de la FMOQ</i>	2
<i>Colloque de la Commission des présidents discussions sur les enjeux des prochaines négociations</i>	19
<i>Colloque de l'AMOM groupes de médecins de famille et inscription de la clientèle</i>	26
<i>Le D^r Renald Dutil, président d'honneur de la Fondation des joueurs pathologiques du Québec</i>	28

sommaire de la revue, page 7 >>>

par Emmanuèle Garnier



régional de médecine générale (DRMG). Il devra attester qu'il participe ou s'engage à participer à une activité reconnue par le département, comme :

- la prise en charge et le suivi de clientèles ;
- la pratique dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée ;
- la participation au réseau d'accès aux soins de première ligne ;
- les soins à des clientèles particulières (soins palliatifs, sida, etc.) ;
- la participation à certains programmes ;
- la pratique de certaines activités de deuxième ligne.

Les praticiens des CLSC et des UMF payés à tarif horaire et à honoraires fixes auraient eux aussi droit au forfait rattaché aux consultations des patients vulnérables inscrits. Pour le jeune médecin, la prise en charge et le suivi de patients selon le protocole pourraient être reconnus par le DRMG comme une activité médicale particulière (AMP).

Cabinets privés

La Fédération a prévu plusieurs mesures pour les cabinets privés. En plus du protocole relatif à la prise en charge et au suivi des clientèles vulnérables, la FMOQ demande une révision de la nomenclature pour certains actes effectués dans les cabinets privés :

- La création d'examen génito-urinaires et locomoteurs spécifiques ;
- L'ajout de codes pour l'anticoagulothérapie et le test de Folstein ;
- L'assouplissement de la règle exigeant un délai de 12 mois entre deux examens complets majeurs.

Pratique hospitalière

Pour les médecins travaillant auprès des patients hospitalisés dans des centres de soins de courte et de longue durée, la Fédération propose :

- de hausser le tarif des actes selon le pourcentage de l'augmentation générale obtenue ;

- de majorer à 50 \$ le paiement de base de la visite d'urgence avec déplacement ;
- d'exclure en tout temps du calcul des plafonds salariaux la rémunération des soins aux patients hospitalisés.

Unités de soins coronariens et intensifs

Deux mesures seront proposées pour les unités de soins coronariens et intensifs :

- La création d'un code qui s'appliquerait au patient intubé ou ayant besoin d'un soutien hémodynamique. Il donnerait droit à un supplément de 10 \$ qui s'ajouterait au forfait de base accordé pour les malades hospitalisés dans ces unités ;
- Une bonification du forfait de base correspondant au taux de l'augmentation générale qui sera accordée.

Urgence

Dans le secteur de l'urgence, la Fédération désire plusieurs mesures pour améliorer la situation :

- Une majoration de la rémunération selon le pourcentage d'augmentation de base obtenue ;
- Une nouvelle nomenclature des actes. « Un comité *ad hoc* comprenant des omnipraticiens s'est penché sur cette question. Les travaux sont très avancés », précise le D^r Dutil ;
- La rémunération du chef du service d'urgence ;
- La création de primes de soir.

Obstétrique

« Dans le domaine de l'obstétrique, les ententes passées ont permis de grandement améliorer la situation », rappelle le président de la FMOQ. Mais des ajustements sont encore

Le Médecin du Québec, 1440, rue Sainte-Catherine Ouest, bureau 1000, Montréal (Québec) H3G 1R8; téléphone: (514) 878-1911 ou 1 800 361-8499; télécopieur: (514) 878-4455; courrier électronique: medque@fmoq.org, revue mensuelle publiée par la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, est envoyé à toute la profession médicale. Les médecins omnipraticiens et résidents sont abonnés au coût de 12 \$ par an. Abonnement: 86,27 \$ (TTC); autres provinces du Canada, 80,25 \$ (TTC); à l'extérieur du Canada, 100 \$.

Envoi de Poste – Publications – Convention n° 40068972 – Enregistrement n° 09832.



Photo : Emmanuel Garnier.

Quelques délégués au Conseil de la FMOQ.

nécessaires à ses yeux. Il faudrait :

- accroître les tarifs selon le pourcentage de l'augmentation générale ;
- bonifier le tarif de la garde en disponibilité à 800 \$ par trimestre ;
- amender la nomenclature ;
- exclure le paiement des accouchements du calcul des plafonds salariaux en tout temps.

Omnipraticiens payés à honoraires fixes et à tarif horaire

La Fédération compte demander pour les cliniciens rémunérés à tarif horaire et à honoraires fixes plusieurs changements pour bonifier leurs conditions salariales :

- Une majoration des tarifs correspondant au taux de l'augmentation générale obtenue ;
- La rétribution des heures supplémentaires au taux normal. « Il s'agit d'une priorité pour les médecins. Actuellement, la rémunération des heures supplémentaires est réduite de 29 % », a rappelé le président ;
- Le maintien de l'équivalence actuarielle entre les modes de rémunération à honoraires fixes et à tarif horaire ;
- L'abolition de la double pénalité pour les jeunes médecins qui, en plus de commencer au bas de l'échelle salariale, peuvent être frappés par le décret punitif de 70 %. « Il faudrait établir un seuil minimal qui corresponde à 70 % de l'échelle maximale et ramener le nombre

RÉGIME SUPPLÉMENTAIRE DE RETRAITE

Les propositions que la FMOQ déposera dans le cadre de la négociation de l'entente générale contiennent une demande inédite : un régime supplémentaire de retraite. « Après avoir effectué des consultations auprès des omnipraticiens, nous en sommes venus à concevoir un régime qui s'ajouterait à la rente de base que procure le REER et les régimes gouvernementaux. L'objectif est d'offrir aux médecins un revenu global qui corresponde à 70 % de la rémunération nette de leurs meilleures années », a précisé le D^r Dutil.

Il s'agirait d'un programme de gestion de fin de carrière qui encouragerait les médecins à continuer à pratiquer jusqu'à 65 ans, puisque la rente ne serait pas accordée avant cet âge. Ce régime serait totalement financé par le gouvernement. Il compenserait pour la partie du revenu dépassant 86 100 \$ – le seuil maximal probable de cotisations au régime d'épargne-retraite enregistré en 2005 – pour laquelle il n'y aura plus d'avantage fiscal à faire des versements au REER.

Le montant de la rente a été établi en prenant pour modèle un omnipraticien gagnant un revenu moyen net de 150 000 \$, qui aurait pratiqué pendant 35 ans et aurait besoin à la retraite d'un montant correspondant à 60 % de ses revenus antérieurs (60 % ÷ 35 ans = 1,7 % par année).

Concrètement, pour un clinicien qui prendra sa retraite à 65 ans et avait 34 ans au moment de la mise en vigueur du programme, la rente se calculerait de la manière suivante, si l'on tient compte d'une indexation de 2 % des prix à la consommation :

31 ans de service x 1,7 % x (150 000 \$ - 86 100 \$) x (1,02)³¹ = rente de 62 217 \$ payable à vie

Le régime compterait également une rente de transition pour permettre aux omnipraticiens qui ne feront pas partie du programme depuis suffisamment longtemps d'obtenir 60 000 \$ par année jusqu'à l'âge de 70 ans. Il s'agirait d'une mesure pour reconnaître leurs services passés.

d'échelons de six à trois », préconise le D^r Dutil.

Pour les omnipraticiens payés à honoraires fixes, la Fédération aimerait également obtenir :

- une compensation pour le fait que le gouvernement ne contribue plus au Régime de retraite des employés du gouvernement et des organismes publics (RREGOP) une fois que le seuil de 99 000 \$ a été atteint ;
- la possibilité d'adhérer au régime de retraite des cadres ;
- une compensation pour le fait que les cliniciens payés à honoraires fixes ne bénéficient pas des avantages sociaux accordés aux médecins rétribués à l'acte ou à tarif horaire, comme l'allocation de formation continue.

Conditions d'exercice dans les CLSC

La FMOQ entend demander certaines mesures pour les médecins des CLSC :

- Un meilleur soutien administratif. Un amendement pourrait être apporté à l'entente particulière sur les CLSC ;
- L'inclusion des médecins de famille de CLSC dans le protocole d'accord relatif à la prise en

charge et au suivi des clientèles vulnérables.

Conditions d'exercice dans les régions éloignées

Bien des régions éloignées connaissent toujours des difficultés à recruter et à retenir les omnipraticiens. La FMOQ estime qu'il faut, entre autres :

- étendre les majorations liées aux mesures de conservation des effectifs à tous les secteurs de pratique pour les médecins des zones éloignées qui se qualifient pour une rémunération de 115 %. « Certains médecins trouvent inéquitable de ne pas avoir droit aux bonifications de 125 % ou de 130 % quand ils traitent des patients dans leur cabinet plutôt qu'à l'hôpital », a affirmé le D^r Dutil ;
- étendre les mesures destinées à retenir les médecins à tout le territoire du Bas-Saint-Laurent, à l'Hôpital de Rivière-du-Loup et à tout le territoire du Lac-Saint-Jean ;
- majorer à 180 \$ par jour l'allocation pour le

Suite page 19 ►►►

◀◀◀ *Suite de la page 5*

ressourcement ;

- accorder des frais de sortie pour cinq voyages plutôt que quatre.

Mesures diverses

La Fédération juge nécessaire de demander plusieurs mesures dans divers secteurs. Entre autres :

- l'abolition ou la modification du décret punitif de 70 % ;
- la prolongation du congé de maternité à 20 semaines ;
- une majoration des crédits requis pour l'allocation de formation continue ;
- l'abolition du plafond trimestriel pour les médecins pratiquant dans les municipalités régionales de comté où le nombre de médecins est inférieur à 70 % du plan d'effectifs établi.

Modes organisationnels et leviers

La FMOQ désire favoriser par des mesures incitatives certains modes organisationnels comme les réseaux d'accessibilité aux soins et les groupes de médecins de famille (GMF).

Réseau d'accessibilité aux soins

La Fédération souhaite que le DRMG désigne selon des critères précis les cliniques et les points de service qui seraient ouverts tous les jours de l'année et constitueraient ainsi un réseau d'accessibilité (voir l'article intitulé « Colloque de l'AMOM »).

Les médecins qui participeraient à ce réseau auraient droit les fins de semaine et les jours fériés à une majoration additionnelle de 10 % de leurs tarifs. Le revenu ainsi gagné serait exclu du plafond trimestriel.

Un budget additionnel devra également être prévu pour des frais tels que les outils informatiques, les heures d'ouverture prolongées et les services d'infirmières.

Groupes de médecins de famille

Le 7 mars dernier, la FMOQ faisait plusieurs propositions au gouvernement pour établir une entente transitoire qui permettrait aux premiers

GMF de démarrer :

- Accorder une rétribution de 115 % du tarif de base aux médecins des GMF ;
- Prévoir une banque de trois heures par semaine pour des activités afférentes au GMF ;
- Accorder un soutien technique et administratif aux cliniciens ;
- Circonscrire les obligations des médecins liées à l'inscription de la clientèle ;
- Encadrer les obligations découlant des contrats entre le GMF et la régie régionale ou le CLSC. ☞

Colloque de la Commission des présidents

discussions sur les enjeux des prochaines négociations

19

Trois semaines avant la tenue du Conseil général, la Commission des présidents s'est réunie à Vaudreuil pour discuter des demandes que déposera la FMOQ au cours de la négociation du prochain accord-cadre. Les présidents ont étudié en particulier la proposition d'un nouveau « forfait de responsabilité » pour le suivi de certains patients et la situation des jeunes médecins.

Le cahier des propositions que le **D^r Renald Dutil**, président-directeur général de la Fédération, a présenté comportait différentes mesures pour améliorer les conditions salariales des généralistes. « Les augmentations accordées devront tenir compte des crédits qui seront alloués à la fonction publique et parapublique dans le cadre du règlement de la question de l'équité salariale », a-t-il précisé.

L'un des objectifs de la prochaine négociation sera également de faire reconnaître la responsabilité que doit assumer le médecin de famille qui prend en charge et suit des clientèles vulnérables. Le **D^r Louis Godin**, premier vice-président, a présenté une solution novatrice

élaborée par un comité *ad hoc* et le Bureau : un « protocole relatif à la prise en charge et au suivi des clientèles vulnérables ».

Cette nouvelle avenue permettrait à l'omnipraticien de bénéficier d'un « forfait de responsabilité » pour les patients vulnérables qui le désigneraient comme leur médecin de famille. Le clinicien devrait cependant être inscrit auprès du département régional de médecine générale (DRMG) et attester qu'il participe à des activités que ce dernier reconnaît.

Dans les ateliers, les présidents d'association ont débattu de plusieurs aspects du protocole. Les participants se sont montrés intéressés par cette formule. Plusieurs ont jugé que le forfait de responsabilité pourrait être une manière de mieux rémunérer la prise en charge et le suivi de clientèles précises. Cette solution constituait, aux yeux de certains, un bon moyen d'y parvenir sans bouleverser les pratiques et les modes de rémunération actuels. Certains présidents se sont cependant demandé, à la lecture d'un projet de formulaire d'inscription à faire signer par le patient, comment ce contrat serait perçu par la clientèle concernée.

Et qu'en est-il de l'obligation qu'aura le médecin de s'inscrire auprès du DRMG et d'attester qu'il participe à des activités reconnues par celui-ci ? Aux yeux de plusieurs présidents, la prise en charge et le suivi des clientèles vulnérables devraient être faits collectivement et nécessitent donc un réseau auquel les médecins devraient participer. Le forfait de responsabilité pourrait, d'autre part, constituer un incitatif pour encourager les médecins à participer à des activités considérées comme prioritaires par le DRMG, ont estimé certains membres du colloque. Mais dans bien des régions, les médecins s'acquittent déjà des obligations établies par le département.

Les jeunes médecins

Les présidents se sont également penchés sur des questions liées aux jeunes médecins. Quelles sont, à leur avis, les attentes de ceux qui envisagent de s'installer dans leur région ? Quels facteurs nuisent au recrutement des nouveaux omnipraticiens ? Selon certains participants, les jeunes veulent une pratique polyvalente. Plusieurs ont des attentes pécuniaires qui peuvent influencer le choix de leur lieu d'installation. Ils veulent se joindre à un groupe doté d'un bon esprit d'équipe et bénéficier du soutien de leurs collègues plus âgés. Dans les régions touchées par le décret punitif de 70 %, leur recrutement est entravé par la perspective de cette baisse de revenu. Par ailleurs, l'obligation de participer à des activités médicales particulières en dissuade plusieurs de pratiquer dans un cabinet.

Quel est le portrait des jeunes médecins ? « Ils représentaient en 2000-2001 24 % de tous les omnipraticiens », a expliqué **M^{me} Isabelle Savard**, conseillère en politique de la santé à la



Le D^r Renald Dutil.

Suite page 24 >>>



Séance plénière.

◀◀◀ *Suite de la page 20*

FMOQ. Sont-ils moins actifs ? Non. Les omnipraticiens de moins de 35 ans travaillent en moyenne 50 heures par semaine, alors que la moyenne est de 49 heures. La répartition des jeunes médecins dans les différentes régions du Québec s'est par ailleurs améliorée, explique M^{me} Savard, qui a analysé plusieurs études et a fait des recherches sur le sujet pour la Fédération.

La FMOQ compte demander à la table de négociations plusieurs mesures favorables aux jeunes comme l'abolition ou au moins la modification du décret punitif. La Fédération estime également qu'il faudrait réduire de six à trois le nombre d'échelons que les omnipraticiens débutant dans un CLSC doivent grimper.

Formation professionnelle

24

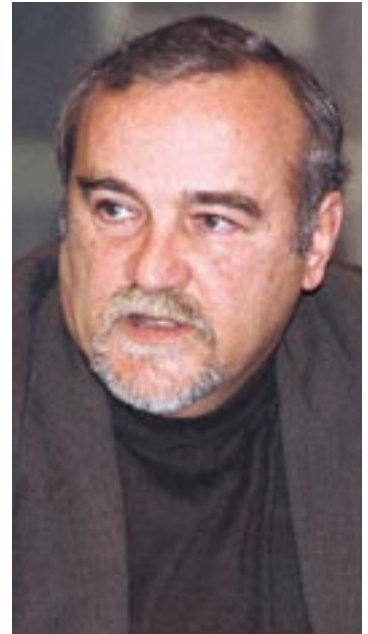
« Êtes-vous prêts à réaliser un partenariat avec votre Fédération en formation professionnelle continue ? » a demandé aux participants le **D^r Pierre Raïche**, responsable de la formation continue à la FMOQ. La formation professionnelle comprend tout ce qui touche les aspects non médicaux de la pratique comme l'informatique, la gestion ou l'organisation des soins. Un nouveau champ dans le domaine de la formation postdoctorale.

L'automne dernier, la Fédération a obtenu une accréditation pour la formation professionnelle en plus de celle dont elle dispose pour la formation médicale. Pour être crédités, les cours donnés doivent porter sur des sujets influant sur la prestation de soins ou de services médicaux. Dans le but de réaliser ses nouveaux projets, la FMOQ cherche des partenaires, en particulier au sein de ses associations. « On est toujours mieux servi par soi-même, y compris en formation professionnelle », a fait valoir le D^r Raïche.

Carte santé

Qu'en est-il de la carte accès-santé ? **M. Duc Vu**, le président-directeur général de la Régie de l'assurance-maladie du Québec, et le **D^r Claude Poirier**, président du comité directeur du projet Carte santé, sont venus faire le point devant les présidents d'association. La Commission parlementaire chargée d'étudier l'avant-projet de loi sur cette question avait alors entendu la majorité des organismes prévus. Plusieurs consensus se dégagent déjà, a expliqué M. Vu. Bien des intervenants estimaient que les nouvelles technologies amélioreraient les services de santé et qu'il faudrait informatiser le réseau, mais plusieurs insistaient sur l'importance de protéger la vie privée et les renseignements touchant la pratique professionnelle. Selon plusieurs groupes, la carte accès-santé devrait contenir un résumé complet pour être utile.

Mais la formule du résumé de dossier est-elle la meilleure ? « Il est préférable pour le médecin de disposer d'un système où l'information est mise en forme », estime le D^r Poirier. Les



Le D^r Pierre Raïche.



Travail en atelier.

Photos : Emmanuèle Garnier.

cliniciens n'ont pas le temps de fouiller dans le dossier électronique de leur patient pour retrouver tous les résultats de tests. La formule du résumé serait également meilleure que le recours à un fureteur qui, sur demande, va chercher les renseignements dans les banques de données de tous les points de service. Le projet de la carte accès-santé a le mérite, aux yeux du D^r Poirier, d'être un premier pas dans le processus d'informatisation. « C'est un projet de société », pense pour sa part M. Vu. ❧

Colloque de l'AMOM groupes de médecins de famille et inscription de la clientèle

La pratique médicale de première ligne est à la croisée des chemins. Plusieurs modifications se préparent : groupes de médecins de famille (GMF) et proposition d'inscription des patients vulnérables auprès d'un médecin traitant. Mais qu'en pensent les cliniciens ? L'Association des médecins omnipraticiens de Montréal (AMOM) a organisé un colloque sur ces enjeux. Ainsi, 128 médecins de cabinets privés, de CLSC et de centres d'hébergement de soins de longue durée se sont penchés sur ces questions au cours d'ateliers et de conférences.

Les GMF jugés peu utiles à Montréal

Les groupes de médecins de famille ? Le D^r Jean-Guy Émond, président du groupe de soutien à l'implantation des GMF, a exposé aux médecins le projet. La formule n'a pas séduit tous les participants. Ainsi, 70 % des 64 médecins qui ont répondu à un sondage après l'un des ateliers ont jugé que le modèle ne serait pas utile pour la région de Montréal. L'inscription de tous les patients auprès d'un médecin traitant, l'une des conditions des GMF, n'a pas non plus souri aux généralistes. Seuls 9 % des 69 médecins qui ont rempli le second questionnaire l'approuvaient.

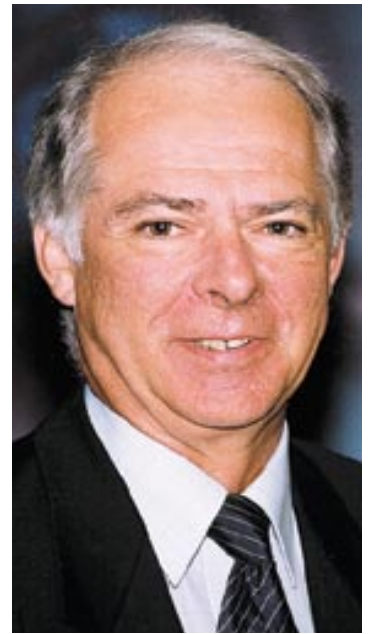
Le D^r Marc-André Asselin, président de l'AMOM, entretient lui aussi des doutes sur la

capacité des futurs GMF de régler les problèmes de soins de première ligne de la métropole. « Il n'y a eu que deux GMF choisis à Montréal. Cela ne changera pas beaucoup le réseau ! » Le président n'est pas non plus convaincu du bien-fondé de généraliser totalement la formule des groupes de médecins de famille. « On ne peut pas passer d'un modèle qui accorde une liberté totale à tout le monde à un modèle d'inscription de la clientèle pour tous. Il faudra des années pour y parvenir. »

Pourtant, le D^r Asselin croit aux groupes de médecins de famille. « Personne ne peut être contre l'idée de constituer des équipes de médecins travaillant ensemble. C'est une proposition qui vient de la FMOQ et du Collège des médecins de famille du Canada. Cependant, si l'intention sous-jacente est d'inscrire toute la clientèle, il y a un problème, parce que les membres de l'AMOM n'y sont pas favorables. »

Par contre, la proposition de n'inscrire que les clientèles vulnérables, comme les personnes âgées et les personnes souffrant d'une maladie chronique, a davantage plu aux participants du colloque. Ainsi, 67 % des répondants du sondage y étaient favorables. « La majorité des médecins estime qu'un système doit permettre aux gens qui ont besoin d'être suivis de près d'avoir un médecin de famille. » Mais 23 % des répondants rejetaient néanmoins toute forme de désignation d'un médecin traitant.

Au cours du colloque, les participants ont pu évaluer les divers avantages et inconvénients de l'inscription de la clientèle grâce à la conférence de M^{me} Isabelle Savard, conseillère en politique de santé à la FMOQ. La question de la rémunération par capitation, modèle auquel se sont opposés les participants, a été exposée par le D^r Jean



Le D^r Marc-André Asselin.

Le D^r Renald Dutil, président d'honneur de la Fondation des joueurs pathologiques du Québec

Le **D^r Renald Dutil** est devenu le président d'honneur de la nouvelle Fondation des joueurs pathologiques du Québec. Le but de cette dernière : venir en aide aux joueurs compulsifs et informer la population des dangers des jeux de hasard et d'argent.

La fondation a été mise sur pied par la Maison Claude-Bilodeau, un centre de thérapie pour joueurs pathologiques situé à Sainte-Marie-de-Beauce. Les fonds recueillis permettront à l'organisme d'accueillir plus de joueurs en détresse, d'offrir davantage de services gratuits à ceux qui sont démunis et de mettre sur pied un point de service à Montréal. La Maison Claude-Bilodeau a reçu de nombreuses demandes d'assistance de responsables montréalais de programmes d'aide aux employés de grandes entreprises.

« Les ressources pour venir en aide aux personnes aux prises avec cette dépendance sont insuffisantes, et le réseau public de la santé doit compter sur un organisme communautaire comme la Maison Claude-Bilodeau », affirme le D^r Dutil. Le président-directeur général de la FMOQ estime par ailleurs que les médecins doivent se sentir concernés par ce problème de santé publique. ❧

Rodrigue, directeur de la Planification et de la régionalisation à la Fédération.

Réseau d'accessibilité

Le projet de réseau de cliniques proposé par le Département régional de médecine générale (DRMG) de Montréal a retenu l'attention des médecins. Ainsi, 81 % des médecins qui ont répondu au sondage ont indiqué que ce modèle pourrait être intéressant pour la région. De quoi s'agit-il ?

Le projet consiste en 40 cliniques « pivot » ouvertes de 9 h à 21 h tous les jours de l'année. « Elles offriraient des consultations sans rendez-vous à l'ensemble de la population ainsi que des services de chirurgie mineure, d'inhalothérapie et d'électrocardiographie. Elles bénéficieraient aussi des services d'une infirmière », a expliqué aux médecins le **D^r Serge Dulude**, chef du DRMG. Certains de ces centres disposeraient d'un service de laboratoire pour les analyses urgentes et de radiologie de base. Environ huit d'entre eux posséderaient en outre un service d'échographie pour les urgences. Durant la semaine, cependant, chaque clinique – qui

pourrait également être un CLSC ou un GMF – devrait consacrer autant d'heures à la prise en charge et au suivi des patients qu'aux consultations sans rendez-vous.

« Les médecins qui ont participé au colloque préféreraient ce modèle de réseau, résume le D^r Asselin. C'est une formule simple qui ressemble à ce que l'on a déjà. Les gens doivent savoir où se rendre s'ils sont malades la fin de semaine. Ils veulent être sûrs qu'il y aura un médecin, des services, et l'équipement nécessaire. » Le projet présenté par le D^r Dulude a récemment été soumis au ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS).

L'AMOM appuie depuis longtemps le type de solution proposée par le DRMG. Elle a soutenu divers projets que le conseil d'administration de la Régie régionale de Montréal a approuvés depuis 1995. Le MSSS ne les a cependant jamais retenus. « Les données que nous avons recueillies au cours de notre colloque confirment ce que nous prônons depuis sept ans, estime le D^r Asselin. Il faut maintenant que le gouvernement décide ce qui sera fait. On ne peut pas continuer à attendre. » ❧