

par Emmanuèle Garnier

Pénurie de médecins à Montréal

quelle solution proposera le prochain ministre de la Santé ?

À Montréal, le paysage médical est sombre. Il manque actuellement au moins 250 omnipraticiens en première ligne. Une cinquantaine de cliniques ont fermé depuis cinq ans. Les heures d'ouverture des autres raccourcissent. Résultat : 300 000 personnes environ se chercheraient un médecin de famille. Et l'avenir s'annonce encore pire. Le quart des quelque 2000 généralistes a plus de 55 ans et prendra sa retraite dans 10 ans.



Le D^r Marc-André Asselin.



Le D^r Serge Dulude.

de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre. Mais en attendant ? « Si l'on choisit la voie des groupes de médecine familiale, il faudra plusieurs années avant d'en voir les résultats. On reporte l'organisation des services médicaux. Il y aura encore des patients sans médecin de famille, des clientèles vulnérables qui ne seront pas prises en charge, des malades opérés qui

« Une crise d'effectifs épouvantable nous attend. Déjà, actuellement, nous sommes incapables d'offrir à la population tous les services dont elle a besoin. J'ai hâte de voir quelle orientation proposera le nouveau ministre de la Santé. S'il croit, comme son prédécesseur, que la solution réside uniquement dans les groupes de médecine familiale (GMF), je ne sais pas ce que nous allons faire », soupire le D^r Marc-André Asselin, président de l'Association des médecins omnipraticiens de Montréal (AMOM).

La métropole, qui dispose actuellement de trois GMF, devrait en compter 58 d'ici à 2006, selon les prévisions

sortiront de l'hôpital sans être suivis », prévoit le D^r Asselin.

Chef du Département régional de médecine générale (DRMG) de Montréal, le D^r Serge Dulude ne croit pas non plus que les GMF apporteront la solution aux problèmes d'accès aux services de santé. « Quand, un samedi après-midi, une mère sera inquiète à cause de l'état de son enfant, devra-t-elle aller à l'urgence ? Les GMF ne sont ouverts que quelques heures par jour le week-end. » La solution qu'il propose : un réseau d'accessibilité reposant sur des « cliniques pivots ».

Des résultats d'analyse en moins de deux heures

Le réseau préconisé par le DRMG de Montréal consiste en une quarantaine de cliniques pivots offrant un service de consultation sans rendez-vous de 8 h à 21 h, 365 jours par année. Des analyses sanguines y seraient effectuées sur-le-champ et les patients pourraient même y subir une intervention chirurgicale mineure, passer une électrocardiographie, bénéficier d'une inhalothérapie et, dans une dizaine de centres, obtenir une échographie. Chacune de ces cliniques desservirait quelque 50 000 personnes.

« Ces centres seraient au service de toute la

SYNDIGRAPHIES CE MOIS-CI

<i>Pénurie de médecins à Montréal</i>	
<i>quelle solution proposera le prochain ministre de la Santé ?</i>	1
<i>Colloque de la Commission des présidents</i>	
<i>réflexions et informations</i>	3
<i>Un omnipraticien devient président de l'AMQ</i>	
<i>Élection du D^r André Senikas</i>	11
<i>S'intéresser au syndicalisme pour avoir</i>	
<i>de meilleures conditions de pratique</i>	
<i>entretien avec le D^r Marcel Guilbault</i>	12

sommaire de la revue, page 5 >>>

population. Si un médecin travaillant seul dans son cabinet a besoin d'une analyse sanguine urgente pour son patient, il pourra l'envoyer dans l'un de ces points de service, plutôt qu'à l'urgence. L'omnipraticien recevra les résultats du test en deux heures et pourra ainsi décider rapidement de la conduite à tenir », explique le D^r Dulude.

Après des années d'attente, ce projet pourrait se réaliser. En mars dernier, **M. David Levine**, directeur de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, annonçait qu'il désirait qu'une trentaine de cliniques privées puissent offrir des tests diagnostiques rapides à la population montréalaise. Ces points de service s'appelleraient non pas des cliniques pivots, mais des « CARLI » (centres d'accès rapide à l'investigation). Ils sont l'une des solutions proposées du nouveau plan d'amélioration des services de santé pour 2003-2006 de la Régie, *La Santé en actions*, qui fera l'objet de consultations.

L'AMOM, quant à elle, espère que les CARLI ne sont pas de la poudre aux yeux. Elle compte participer aux audiences publiques et recommander, tout comme le DRMG, que ces cliniques soient aussi des centres de prise en charge et de suivi des patients. « La région ne peut se permettre de développer une médecine sans rendez-vous en parallèle à la prise en charge », indiquera le mémoire de l'Association.

Quel avantage auront les médecins à faire partie d'un CARLI, une clinique aux longues heures d'ouverture ? L'utilisation du plateau technique, évidemment. Mais d'autres bénéfices, qui devront être négociés avec le gouvernement, pourraient s'y ajouter. « Le travail effectué le soir et les fins de semaine pourrait être rémunéré de manière adéquate, ne pas être comptabilisé dans les plafonds trimestriels, et être reconnu comme une activité médicale particulière », propose, pour sa part, le D^r Dulude.

Un réseau de garde pour les patients vulnérables

Le DRMG voit plus loin que les CARLI,

et rêve d'un grand réseau comprenant tous les médecins de Montréal. Les activités des 29 CLSC, des 175 cliniques privées, des 10 unités de médecine familiale, des 210 cabinets et des trois GMF pourraient ainsi être coordonnées. Leurs heures d'ouverture, par exemple, pourraient devenir complémentaires. Au sein de ce vaste réseau, le Département aurait également la possibilité de créer des sous-réseaux pour mieux prendre en charge les patients vulnérables.

Par exemple, comment aider les 35 000 patients sans médecin de famille qui échouent régulièrement dans les salles d'urgence ? « Si chaque omnipraticien de première ligne s'occupait de 25 à 30 de ces personnes, on pourrait régler le problème en groupe. Le travail en commun a des avantages. Quand un médecin part en congrès ou en vacances, il peut confier à ses collègues ses patients vulnérables. Il serait possible, par exemple, de mettre sur pied une garde en disponibilité pour un territoire », estime le D^r Dulude.

Déjà, un premier réseau de garde réservé aux patients particulièrement fragiles a commencé à être implanté sur l'île de Montréal. Il s'agit d'équipes d'infirmières et de médecins disponibles le soir, la nuit et le week-end, prêts à intervenir si un problème survient chez les patients les plus vulnérables du programme de soins à domicile. La clientèle, qui est sélectionnée à l'avance, souffre d'importantes maladies, comme l'insuffisance cardiaque grave ou un diabète avancé accompagné d'une défaillance rénale ou, encore, a besoin de soins palliatifs.

Quand l'état de l'un des patients se dégrade, la cascade de prise en charge commence par le service Info-Santé, qui, s'il ne peut répondre à la demande, entre en contact avec l'infirmière de garde du réseau. Elle-même appelle le patient et se rend à son domicile quand cela est nécessaire. Un médecin est disponible si le problème se révèle complexe.

Il y aura bientôt quatre équipes de médecins et d'infirmières qui seront de garde pour ces malades à Montréal. Une cinquantaine

d'omnipraticiens participe à ce programme. « Pour nous, il s'agit d'un important accomplissement », confie le D^r Dulude.

La solution : mieux s'organiser

Le DRMG a encore d'autres projets dans ses tiroirs. Par exemple, le programme « Interface 1^{re}-2^e ligne – santé mentale », déjà rédigé, propose un réseau où quelque 150 omnipraticiens travaillant dans le domaine de la santé mentale collaboreraient étroitement avec une dizaine de psychiatres. Les généralistes suivraient les patients dont l'état a été stabilisé par les spécialistes qui, de leur côté, organiseraient une garde pour que l'un d'entre eux puisse être joint si un malade était en crise. En outre, le patient aurait une consultation psychiatrique dans les 24 à 48 heures. « Les patients suivis en santé mentale constituent un problème criant à Montréal », rappelle le D^r Dulude.

Mais, pour l'instant, une grande partie de ces projets ne sont que des rêves. La dure réalité est que les problèmes d'accès aux services médicaux risquent de s'aggraver à Montréal. « Ce qui va nous permettre de nous en sortir ce ne sont pas les GMF, c'est une nouvelle organisation des services médicaux, parce qu'il n'y a pas assez de médecins en première ligne. Mais pour cela il faut des ressources financières. Et jusqu'à présent, tout le budget allait aux GMF », déplore le D^r Asselin. ☞

**Colloque
de la Commission
des présidents
réflexions et informations**

Au début d'avril, le colloque de la Commission des présidents de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ) a eu lieu à Montréal. Les présidents des 19 associations affiliées à la FMOQ, ainsi



Photos : Emmanuèle Garnier.

Dans l'ordre habituel, les D^{rs} Jacques Desroches et Christiane Simard (photo du haut), Jean-François Dorval et Guy Thériault (photo du bas), au cours du colloque.

que le D^r Renald Dutil, président de la Fédération, se sont penchés sur d'importants enjeux : les modalités d'application des nouvelles activités médicales particulières (AMP) et des futurs plans régionaux d'effectifs médicaux (PREM). Les représentants des associations ont ainsi étudié les conditions que devrait remplir un médecin pour recevoir un avis de conformité au PREM de sa région. Ces exigences pourraient-elles varier selon le nombre d'années de pratique ? En ce qui concerne les AMP, dont la nature change avec les années d'exercice, les présidents devaient déterminer la manière dont ces dernières pourraient être calculées. Et quelles devraient être les activités particulières des omnipraticiens qui travaillent à temps partiel ? Ces réflexions aideront la FMOQ à définir sa position sur ces questions.

Autre changement qui se profile à l'horizon : la levée du décret portant sur la rémunération différenciée. Celui-ci imposait aux nouveaux omnipraticiens qui exerçaient dans les grandes villes une amputation de 30 % de leur rémunération pendant les trois premières

Suite page 11 >>>

Photo : Emmanuèle Garnier.



Le D^r Robert Benguerel.

◀◀◀ *Suite de la page 3*

années de pratique. Comment persuader dorénavant les jeunes médecins de s'installer dans les régions, s'ils peuvent obtenir une rétribution complète en restant dans une ville universitaire ?

Le D^r **Robert Benguerel**, président du comité *ad hoc* qui a étudié la question, a présenté plusieurs solutions. « Il faut pouvoir maintenir l'attrait que possèdent actuellement les régions pour que les médecins continuent à s'y installer et à y rester.

Les mesures que l'on préconise sont principalement pécuniaires, parce que le décret est surtout financier. » Un budget de 14,7 millions de dollars, négocié au cours de la dernière prolongation de l'entente, est réservé à cette fin.

L'écart entre la rémunération dans les grandes cités et celle dans les zones éloignées, qui était de 45 % pendant les trois premières années, ne sera plus que de 15 %, une fois le décret aboli. « Les jeunes médecins avaient 115 % quand ils s'installaient dans les régions éloignées. Combien est-ce qu'on pourra dorénavant leur offrir ? Il faut aussi prendre des mesures pour les régions rurales et limitrophes des grands centres pour lesquelles il n'y aura plus de différentiel », soutient le D^r Benguerel. Son comité a préparé une série de propositions qui seront soumises au Conseil de mai de la FMOQ avant d'être présentées au gouvernement.

Les présidents ont également assisté à des exposés sur différents sujets, comme les lettres d'entente conclues pour remédier aux problèmes de pénuries d'effectifs dans les urgences. La lettre 131, qui concerne le programme de ressourcement en médecine

Suite page 14 >>>

Un omnipraticien devient président de l'AMQ

Élection du D^r André Senikas

par Francine Fiore

Photo : Gilles Fréchette.



Le D^r André Senikas.

« Il faudrait que les médecins de la base s'investissent davantage si l'on veut préserver l'universalité et l'accessibilité des soins de santé au Québec », estime le nouveau président de l'Association médicale du Québec (AMQ), le D^r **André Senikas**, omnipraticien de Saint-Jean, en Montérégie. À son avis, il faut à tout prix dépolitiser le système de santé, le restructurer et le recentrer sur la personne qui en est la véritable raison d'être.

Élu au cours du dernier congrès de l'AMQ tenu à Montréal en avril dernier, le D^r Senikas succède au D^r Stanley Volland, chirurgien de Baie-Comeau, à la présidence de l'organisme, selon la tradition de l'alternance entre omnipraticiens et spécialistes. Très actif au sein de l'AMQ, le D^r Senikas a occupé le poste de vice-président pendant deux ans et celui de vice-président du conseil d'administration pendant trois ans. À l'échelle nationale, il a été membre du conseil d'administration de l'Association médicale canadienne (AMC) pendant quatre ans, en plus d'y présider différents comités.

Issu de la toute première promotion de la Faculté de médecine de l'Université de Sherbrooke en 1970, le D^r Senikas a commencé à pratiquer en 1972, après un internat rotatoire et une année de résidence en médecine interne. Suivant les traces de son père, un médecin de famille d'origine lithuanienne, il a choisi de pratiquer à Saint-Jean. Pendant 20 ans, il a travaillé comme urgentologue à l'Hôpital du Haut-Richelieu. Dans le domaine de la médecine du travail, il a occupé le poste de directeur médical dans les milieux aérien et aérospatial. Bien remplie, sa feuille de route mentionne également plusieurs séjours en Afrique au cours desquels il a organisé les services médicaux sur des chantiers de construction. Depuis 1992, il pratique dans un cabinet privé à Saint-Jean. ☞

S'intéresser au syndicalisme pour avoir de meilleures conditions de pratique

entretien avec le **D^r Marcel Guilbault**, président
de l'**Association des médecins omnipraticiens de l'Ouest du Québec**



Photo : Emmanuèle Garnier.

Le **D^r Marcel Guilbault**.

LE **D^r GUILBAULT**, qui a succédé au **D^r Jean de la Chevrotière** comme président de l'Association, désire accroître l'intérêt des omnipraticiens pour le syndicalisme. Le travail qui se fait dans ce domaine va au-delà des questions monétaires et permet d'améliorer les conditions de pratique et de régler les problèmes que peuvent connaître les médecins.

M.Q. – En tant que nouveau président quels sont vos projets ?

M.G. – Mon but premier est d'assurer une bonne communication entre les médecins de notre région et l'Association, afin qu'ils puissent exprimer leurs besoins et leurs problèmes, et que l'on puisse trouver des solutions. C'est ma troisième année de travail dans l'organisme. La première année, j'ai créé un site Web*, ce qui a facilité la diffusion de l'information et permis aux membres de communiquer avec nous par courriel. Les deux derniers numéros de notre bulletin ont d'ailleurs été envoyés par courriel. C'est un moyen de faire circuler l'information rapidement.

M.Q. – Donc vous travaillez beaucoup

à accroître vos relations avec vos membres ?

M.G. – Les médecins se sentent peut-être un peu trop loin du syndicalisme. Nous voulons leur dire que cela vaut la peine de s'impliquer et que nous allons travailler ensemble afin de trouver des solutions à leurs problèmes et des façons d'améliorer non seulement leur rémunération, mais aussi leurs conditions de pratique. Les omnipraticiens ont souvent l'impression que la FMOQ ne s'intéresse pas à l'environnement professionnel de la pratique médicale, alors que, au contraire, elle est très active dans ce domaine. Par exemple, la Fédération s'est investie dans la création des groupes de médecine familiale (GMF) et elle est toujours présente aux consultations sur les questions médicales, comme le fonctionnement des urgences et des hôpitaux. Les médecins ne sont pas nécessairement au courant de ces démarches.

M.Q. – Que pensez-vous de la seconde prolongation de l'entente générale qui vient d'être conclue entre la FMOQ et le gouvernement ?

M.G. – Les omnipraticiens pourraient obtenir, entre autres, une augmentation paramétrique de leur rémunération. Comme cela fait plusieurs années qu'il n'y a pas eu de majoration du tarif rattaché aux codes d'actes, cette hausse, même si elle n'est pas très importante, sera la bienvenue. Il ne faut pas oublier que l'on a quand même bénéficié d'une bonne augmentation dans le cadre de la première prolongation, grâce au protocole de prise en charge et de suivi des clientèles vulnérables.

M.Q. – Un montant annuel de 14,7 millions de dollars sera destiné à des mesures permettant de mieux recruter

et de retenir les médecins dans les régions rurales et éloignées. Il devrait permettre d'offrir aux omnipraticiens des incitatifs au moment où le décret punitif sera levé. Est-ce que cela aidera votre région ?

M.G. – Moi, si je suis venu travailler dans l'Outaouais, c'est à cause du décret punitif. Les jeunes médecins qui commenceront bientôt à pratiquer à Montréal recevront, eux, dès le début 100 % de leur rémunération. Avec le retrait de la rémunération différenciée, il est certain que l'on risque d'avoir un peu moins d'omnipraticiens intéressés à s'installer dans notre région.

Je pense qu'il sera important de conserver une différence, peut-être même plus élevée qu'avant, entre la rémunération des jeunes médecins des grands centres urbains et de ceux des régions plus éloignées. Est-ce que les médecins de notre région devraient être rémunérés à plus de 100 % ? Cela devra sans doute être discuté. Mais ce serait une bonne idée que de leur accorder certains avantages. Toutefois, la somme de 15 millions risque d'être dépensée rapidement, puisqu'il y a tellement de régions éloignées touchées par une pénurie de médecins.

Par ailleurs, comme le décret punitif ne s'appliquait que pendant les trois premières années, il influençait surtout le recrutement. Il faut donc trouver des mesures pour retenir les médecins dans les régions, et ce, pendant plusieurs années. Ce qui nous aide dans notre région, c'est d'avoir à Gatineau une unité de médecine familiale affiliée à l'Université McGill. Elle contribue à faire connaître la région à des résidents



et à les intéresser à notre milieu de pratique.

M.Q. – La seconde prolongation de l’entente prévoit également la création d’un comité chargé d’étudier les conditions de pratique des omnipraticiens.

La lettre d’entente 140 prévoit qu’un comité étudiera cette question ; il sera intéressant de surveiller ses conclusions. Les médecins nous parlent beaucoup des problèmes qu’ils ont dans leur pratique : manque d’effectifs médicaux, d’infirmières, d’espaces ou de locaux fonctionnels à l’urgence, d’accès au plateau technique, etc. Ils se demandent également comment intéresser les jeunes omnipraticiens à la pratique dans les cabinets privés. Ce sont des points associés aux conditions non monétaires de la pratique médicale. Il est important de trouver des solutions ou de proposer des modèles. Les groupes de médecine familiale (GMF) en sont un, mais je pense qu’il pourrait également y en avoir d’autres.

M.Q. – Quelles sont vos priorités pour les négociations qui s’amorceront l’an prochain ?

M.G. – Notre principal problème ressemble à celui des autres régions. Nous n’avons pas un nombre suffisant de médecins de famille pour répondre aux besoins de la population. Par conséquent, il faut rendre la prise en charge de la clientèle attrayante et poursuivre ce qui a été entrepris en ce sens avec la prolongation de l’entente générale.

Il faut se pencher en particulier sur le recrutement des jeunes médecins dans les cabinets privés, pour y assurer une relève et surtout les intéresser à de-

venir des médecins de famille. La grande difficulté pour les nouveaux omnipraticiens est bien sûr la lourdeur de la tâche. Les médecins étant maintenant formés dans des unités de médecine familiale, ils sont habitués à fonctionner dans un milieu où la rémunération est à tarif horaire et où il n’y a pas de frais de fonctionnement. Ils n’ont pas nécessairement envie d’être payés à l’acte, de voir beaucoup de patients et de devoir subir la pression de la demande des patients et la responsabilité d’être le médecin d’une clientèle donnée. Pour eux, la pratique en cabinet privé semble moins intéressante et remplie d’inconnues. Il faut donc essayer de les attirer en leur montrant les avantages de travailler en cabinet privé et d’être maîtres chez eux. Il y a du travail à faire de ce côté-là.

M.Q. – Quelle peut être la solution ?

M.G. – Les GMF peuvent être intéressants, parce que les jeunes médecins sont habitués au travail en équipe multidisciplinaire. Ces groupes leur offrent la possibilité d’avoir une infirmière clinicienne et de meilleurs contacts avec les autres professionnels des disciplines paramédicales. Cependant, à cause des activités médicales particulières dont ils doivent s’acquitter, ils sont d’abord attirés par les établissements de santé, où ils travaillent à l’urgence, auprès des malades hospitalisés, ou en obstétrique. Il faut les intéresser à devenir des professionnels autonomes et leur donner le goût des affaires et l’envie d’organiser leur pratique médicale en fonction de leurs intérêts.

M.Q. – Y a-t-il d’autres mesures qui permettraient d’attirer les jeunes mé-

decins dans la pratique privée ?

M.G. – Je crois qu’il faut démystifier le travail dans les cabinets privés. Il est vrai que la tâche y est lourde. Mais le fait d’avoir une clientèle qui nous fait confiance comporte bien des aspects positifs, comme l’estime des patients. Bien sûr, il y a une grande responsabilité, mais il y a une reconnaissance que l’on n’a pas nécessairement à l’hôpital ou à l’urgence. Le suivi et la prise en charge n’apportent pas que des problèmes, mais aussi des gratifications. Le médecin doit y voir un avantage dans la qualité de sa relation avec les patients. Je ne pense pas que ces aspects soient suffisamment valorisés.

M.Q. – La FMOQ a-t-elle un rôle à jouer ?

M.G. – La Fédération doit trouver les moyens de rendre la pratique dans les cabinets privés plus attrayante. Parmi les mesures possibles, il y aurait l’incitation monétaire, l’élargissement du protocole de prise en charge et de suivi des clientèles vulnérables et l’amélioration de l’accès aux tests diagnostiques. À Montréal, par exemple, un réseau intégré de soins permettra aux omnipraticiens des cliniques privées d’avoir rapidement accès aux radiographies, aux échographies et aux tests sanguins. À l’hôpital, quand on demande des tests ou des radiographies, on les obtient tout de suite. Il faut donc que les jeunes médecins se rendent compte qu’il est possible d’avoir une pratique agréable et intéressante dans un cabinet privé. Pendant les années à venir, le défi sera de taille. ❧

* <http://pages.infinit.net/amooq>

◀◀◀ Suite de la page 11

hospitalière, n’est pas très bien connue. Elle accorde une allocation compensatoire aux médecins qui désirent recevoir une formation pour pratiquer dans un service d’urgence ou dans une unité de soins de courte durée où sévit une grave pénurie d’effectifs. Pendant son stage de ressourcement, l’omnipraticien a droit à un

montant de 600 \$ par période de 8 heures de formation. S’il travaille dans un cabinet privé, il peut recevoir un montant additionnel de 180 \$ par journée de stage pour couvrir les frais de cabinet.

Le colloque de la Commission des présidents, qui a duré une journée et demie, a ainsi été une réunion de réflexions, de discussions et d’informations. ❧