

Tournée du président de la FMOQ

**L'Abitibi-Témiscamingue
les dossiers importants de l'année**

Entreprenant sa tournée annuelle du Québec, le président de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ), le **D^r Renald Dutil**, s'est rendu en Abitibi pour rencontrer les membres de l'Association des médecins omnipraticiens du nord-ouest du Québec. Il leur a présenté les dossiers qui seront particulièrement importants pour la FMOQ au cours de l'année.

La Fédération se préparera au renouvellement de son Entente générale dont les négociations avec le gouvernement pourraient débiter au printemps. Elle suivra de près l'application de la Loi 25 qui réorganise le système de santé. La FMOQ surveillera aussi les suites de la Loi 90 qui permet à des non-médecins d'effectuer des activités réservées aux médecins en vertu de l'article 31 de la Loi médicale.

Un dossier sera également important pour les généralistes : le montant non utilisé de leur dernière



D^r Renald Dutil

enveloppe budgétaire. « En vertu de nos ententes, cette somme doit nous revenir. » La Fédération devra donc négocier avec le gouvernement la manière dont elle sera remise aux omnipraticiens.

La partie non dépensée de l'enveloppe est composée, entre autres, de « sommes non récurrentes ». « Selon les textes de notre entente, elles doivent être affectées aux fins retenues par les parties, selon les modalités que celles-ci déterminent. La FMOQ est d'avis que ces sommes non dépensées devront être versées aux omnipraticiens en fonction de leur facturation pour les années 2002-2003 et 2003-2004 », a expliqué le président.

Les « montants récurrents » du restant de l'enveloppe, par contre, doivent être consacrés à des augmentations ou à des mesures qui se perpétueront. « Le ministère de la Santé et des Services sociaux propose de revoir tout notre système de garde en disponibilité et de créer une garde réseau. Nous pensons



que cet exercice, bien qu'il soit utile, sera très long. La FMOQ accepterait qu'une portion des sommes récurrentes disponibles soit affectée à la rémunération des gardes en disponibilité actuelles pendant la semaine. Cependant, en toute équité, il faudra aussi consacrer une partie des sommes récurrentes à d'autres secteurs de soins, comme la pratique en cabinet privé où il y a eu une importante augmentation des frais d'exercice », estime le D^r Dutil.

La prochaine Entente générale

En ce qui concerne le renouvellement de l'accord-cadre de la Fédération, les demandes sont nombreuses. Le Conseil a mandaté ses représentants pour négocier à partir de plusieurs principes :

- Améliorer la rémunération de la prise en charge et du suivi des clientèles vulnérables. « On a déjà une entente particulière qui accorde un forfait pour ce type de patients, mais il faudra aller plus loin », juge le président.
- Augmenter la rétribution des gardes en disponibilité. « L'utilisation des sommes récurrentes du reste de l'enveloppe budgétaire pourrait être un premier pas, mais il faut plus. »
- Maintenir l'équité entre les différents modes de rémunération et les divers milieux de pratique.
- Revoir les clauses normatives concernant la pratique dans les instances locales.

La FMOQ n'a cependant pas le mandat de négocier un nouveau mode de rémunération pour l'ensemble de ses médecins. Elle pourrait toutefois chercher à obtenir des modalités plus souples pour certains modes mixtes de rémunération forfaitaire et pour le paiement à honoraires fixes. « Le forfait pour les soins aux patients hospitalisés, par exemple, est rigide. Un groupe de médecins pourrait-il y avoir droit et un autre être rémunéré selon une formule différente dans un même établissement ? C'est le genre de demandes que l'on reçoit », indique le D^r Dutil. Les omnipraticiens ont également réclamé que leurs activités médico-administratives soient rémunérées.

Pour ce qui est des groupes de médecine familiale, la FMOQ doit étudier avec le gouvernement un nouveau mode de rémunération des omnipraticiens. « Le Ministère à l'intention de proposer un mode mixte selon lequel une partie de la rémunération qui viendrait de la capitation et une autre, du

paiement à l'acte. » La nouvelle formule ne sera cependant pas élaborée cette année, comme cela avait été prévu.

Les résultats des nouveaux PREM ?

La question des plans régionaux d'effectifs médicaux (PREM) est particulièrement importante pour les médecins de régions éloignées comme l'Abitibi-Témiscamingue. Leur application, qui a commencé en janvier 2004, a été très rigoureuse. « Beaucoup de dérogations ont été demandées, mais aucune n'a été acceptée ni pour les omnipraticiens, ni pour les spécialistes », a assuré le D^r Dutil.

Pourtant, cette année, le nombre de nouveaux médecins qui se sont installés en région éloignée n'a pas été très élevé. Alors qu'il était de 22 % il y a quelques années, il a chuté à 10 % l'an dernier et n'atteindra même pas ce seuil en 2004.

Que s'est-il passé ? Il y a d'abord le faible nombre de finissants cette année qui ne permet qu'un ajout net de 81 médecins à la main-d'œuvre médicale une fois soustraient les départs. Mais, contrairement à ce que certains ont craint, ces jeunes médecins ne se sont pas massivement installés à Montréal ni à Québec. « Ils sont allés dans les régions rurales et intermédiaires où il y avait d'importants problèmes d'effectifs médicaux, comme la Mauricie », a précisé le président.

L'onde de choc qui a suivi l'adoption de la Loi 114 sur les urgences pourrait expliquer que les nouveaux diplômés aient boudé les régions éloignées. Même si elle a été abolie en 2002, cette mesure législative a ébranlé leur confiance. « On a beau leur dire qu'une clause de l'entente sur les PREM leur permet, après trois ans de pratique dans les régions éloignées, de revenir dans une ville quel que soit son PREM, ils restent sceptiques. Ils répliquent que rien ne leur garantit qu'un prochain gouvernement ne changera pas cette règle. »

L'an prochain cependant, le recrutement de nouveaux médecins devrait être plus fructueux dans les zones éloignées. Le nombre de finissants commencera alors à croître. Recrutement Santé Québec, un service gouvernemental, continuera à faciliter la venue d'omnipraticiens étrangers. Et, parallèlement, les PREM des régions rurales et intermédiaires devraient devenir moins généreux. ❧

Assemblée générale de l'AMONOQ



Dr Jean-Yves Boutet

Actuellement, il y a l'équivalent de 153 omnipraticiens travaillant à temps plein dans le nord-ouest du Québec. Il en faudrait cependant 184. « Cette année nous n'avons recruté aucun médecin. Le problème du recrutement est entier, tout comme il l'était l'an dernier », a rappelé le **Dr Jean-Yves Boutet**, président de l'AMONOQ, devant une trentaine de membres réunis à l'occasion de l'assemblée générale annuelle.

gestion. « Nous ne sommes pas nombreux, nous avons donc beaucoup de réunions. Est-ce que la rémunération des activités administratives ne serait pas envisageable dans les régions périphériques pour y rendre la pratique plus intéressante ? »

Infirmières praticiennes et manque de médecins

Le manque de médecins dans le nord-ouest du Québec a, par ailleurs, favorisé l'émergence du projet « Infirmière de première ligne ». Initiative du CLSC Le partage-des-eaux, du CLSC-CHSLD des Collines et d'un centre hospitalier de Gatineau, il reposera sur les services d'une infirmière praticienne. Rattachée à un établissement, cette professionnelle de la santé travaillera en partenariat avec chaque médecin pour augmenter le nombre de patients rencontrés. Elle pourra faire des évaluations ou prendre en charge des patients.

« En région éloignée, il est évident que la demande excède l'offre dans le domaine de la santé, reconnaît le Dr Boutet. Il y a une pression politique parce que beaucoup de gens n'ont pas de médecins de famille. Qu'on le veuille ou non, il va falloir tenir compte de cet élément-là. » Le projet est actuellement piloté par le Département régional de médecine générale et l'Agence de la région. Mais le Québec, contrairement à l'Ontario, ne forme pas encore d'infirmières praticiennes.

Le président de l'AMONOQ a, par ailleurs, abordé la question de la Loi 90 qui permet à plusieurs catégories de professionnels de la santé de faire des actes médicaux. Le diagnostic et le plan de traitement ne doivent toutefois relever que des médecins, a indiqué le Dr Boutet, rappelant la



Photos : Emmanuèle Garnier

Reconduit dans ses fonctions, le Dr Boutet espère que le prochain accord-cadre sera favorable aux territoires éloignés. « Augmentera-t-il le différentiel entre les rémunérations dans les régions éloignées et celles dans les centres urbains ? L'écart s'est atténué avec la levée du décret. Le ressourcement professionnel sera-t-il bonifié ? Il s'agissait initialement d'une mesure incitative pour les régions, mais elle a été graduellement étendue à tout le Québec. On a ainsi un peu perdu de notre pouvoir d'attraction sur ce plan. »

Le président de l'AMONOQ aimerait également obtenir la rétribution des activités médico-administratives. Dans les zones éloignées, la plupart des médecins travaillent dans un centre hospitalier où ils doivent participer à des comités ou faire de la





Photo : Emmanuèle Garnier

position de la FMOQ. « Il faut être vigilant. Pour les cliniciens qui exercent depuis 15 ou 20 ans, cela changera peu de choses. Mais pour les plus jeunes, cela peut modifier l'avenir de leur pratique. » ☞

Sensibilisation à la bonne utilisation des médicaments s'il le faut et comme il le faut

Une campagne d'information sur le bon usage des médicaments vient d'être lancée par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Elle invite la population à faire le ménage de sa pharmacie en se débarrassant des pilules non consommées à la fin d'un traitement, des vieux comprimés et des médicaments qui appartiennent à d'autres. « Par ce ménage, on amène les gens à prendre conscience de l'importance de l'observance thérapeutique, du fait qu'on doit éliminer les médicaments périmés et qu'il ne faut pas partager ses médicaments », explique **M^{me} Jocelyne Dagenais**, sous-ministre adjointe à la planification stratégique, à l'évaluation et à

la gestion de l'information au MSSS.

Sous le thème « S'il le faut et comme il le faut », cette campagne s'étendra sur trois ans et comprendra plusieurs volets. Elle constitue l'une des retombées du Symposium sur l'utilisation optimale du médicament qui s'est déroulé en mai dernier. Sa cible : la population générale, mais plus particulièrement les mères de jeunes enfants, les femmes de 45 à 65 ans et les personnes âgées.

La campagne comprend des messages télévisés, des textes d'information dans les magazines *Le lundi* et *7 jours* et un questionnaire dans le site www.opinionsante.com. Constitué d'une quinzaine de questions, ce sondage permettra de consulter le public sur les questions concernant le bon usage des médicaments et de lui transmettre des informations.

« La Fédération des médecins omnipraticiens du Québec appuie cette campagne de sensibilisation, affirme son président, le **D^r Renald Dutil**. Je pense qu'il sera



d'autant plus facile pour le médecin d'aborder des questions comme celles de l'observance thérapeutique et de la polypharmacie avec ses patients que ces derniers auront déjà été sensibilisés à ces problèmes. » ❧

Formation médico-administrative

un nouveau programme de l'AHQ

par Francine Fiore

Pour répondre à une demande croissante des médecins occupant des postes de gestion dans les établissements de soins, un nouveau programme de formation médico-administrative a été mis sur pied. Son but : aider les médecins gestionnaires à mieux s'acquitter de leurs tâches.

Conçu par l'Association des hôpitaux du Québec (AHQ) en collaboration avec la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ), la Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ) et l'Association des conseils de médecins, dentistes et pharmaciens du Québec (ACMDPQ), ce programme est destiné aux chefs de département, aux directeurs des services professionnels, aux membres du Bureau, aux coordonnateurs médicaux ainsi qu'à toute personne intéressée par de tels postes.

Au cours des journées d'étude, les participants assisteront à des conférences et pourront suivre différents ateliers animés par des personnes expérimentées en administration. Au programme, on retrouve notamment la gestion des effectifs, la coordination

d'équipes interdisciplinaires, l'établissement des listes de gardes et l'analyse stratégique de situations problématiques comme les conflits parmi les membres du personnel.

Il s'agit d'une première au Québec, et sans doute au Canada, selon le directeur scientifique du programme, le **D^r Laurent Boisvert**, omnipraticien et directeur des affaires clinico-administratives à l'AHQ. « Depuis plusieurs années, les médecins disent ne pas être en mesure d'effectuer des tâches administratives, n'ayant pas les connaissances et les compétences nécessaires. Par conséquent, plusieurs refusent des postes de gestion. »

Au-delà des transformations du réseau

L'avènement de nouvelles structures, comme les plans régionaux d'effectifs médicaux, les groupes de médecine familiale et les réseaux intégrés, bouleverse le système de santé et requiert une certaine préparation de la part des médecins gestionnaires.

« Même en l'absence de ces transformations, le programme aurait vu le jour car les besoins sont connus depuis longtemps », indique le D^r Boisvert.

Élaboré en collaboration avec le Département d'administration de la santé de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal,

ce programme s'inspire de la formation médicale continue. Il pourrait éventuellement être reconnu par des institutions d'enseignement comme l'Université de Montréal.

Les cours auront lieu dès l'automne, soit le 19 novembre prochain à l'hôtel Le Reine Élisabeth, à Montréal, et le 3 décembre au Château Bonne Entente, à Québec. Les frais d'inscription sont d'environ 287,56 \$. Renseignements : Association des hôpitaux du Québec, au (514) 282-4282. ❧



Photo : Marcel La Haye

D^r Laurent Boisvert

(Suite à la page 125) >>>

Les bouleversements au sein du réseau de la santé

entretien avec la D^e Christiane Simard,
présidente de l'Association des médecins omnipraticiens du Sud-Ouest

Avec l'arrivée des nouveaux plans régionaux d'effectifs médicaux (PREM), et des récentes activités médicales particulières (AMP), la création des groupes de médecine familiale (GMF) et la mise sur pied des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, beaucoup de changements touchent les médecins. Comment réagissent-ils dans une région comme le sud-ouest du Québec ?

MQ – Avec l'arrivée des derniers PREM, des nouvelles AMP, des GMF et des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, croyez-vous que le réseau de la santé en est à un point tournant ?

CS – Tout à fait ! La réorganisation de l'ensemble du système de santé est un projet de taille. Comme médecins, nous sommes cependant un peu désorientés par tous ces changements, car nous ne savons pas comment tout cela touchera notre pratique à long terme. On a l'impression d'être bousculés et de ne voir qu'une petite partie d'une réalité plus large. On sait que les PREM concernent l'ensemble du Québec, mais pour l'instant ils n'ont aucune répercussion sur notre pratique quotidienne. On continue de voir des patients, à avoir de la difficulté à obtenir des examens diagnostiques, etc. Néanmoins, je pense qu'il y a de l'espoir. À long terme, les réseaux locaux permettront certainement une meilleure coordination de tous les organismes.

MQ – L'un des principaux problèmes de votre région est le manque d'effectifs. Est-ce que les nouveaux PREM vont vous aider ?

CS – Nous aurons un ajout net de quatre médecins pour l'ensemble de la Montérégie. C'est peu pour un territoire aussi vaste.

MQ – La formule des PREM vous semble-t-elle quand même intéressante ?

CS – Oui, les PREM sont intéressants, mais on n'en a jamais tenu compte auparavant. Si on les respecte maintenant, cela fera une différence à moyen terme.

MQ – Quel bilan faites-vous des AMP ?

CS – Les AMP suscitent beaucoup d'insécurité chez les



Photo : Emmanuèle Garnier

D^e Christiane Simard

nouveaux médecins et même chez ceux qui pratiquent déjà. J'ai reçu plusieurs appels de mes membres qui désirent savoir où aller et comment répondre aux attentes du Département régional de médecine générale (DRMG). Tout cela n'est pas encore très bien défini dans notre région. On espère que les AMP vont permettre de pallier le manque de médecins dans certains secteurs. Mais il est évident que ce sont les services de deuxième ligne, comme l'urgence, qui vont d'abord en bénéficier. En première ligne, les médecins de cabinets privés se sentent un peu délaissés.

Ils s'interrogent sur les exigences qui leur seront imposées concernant, par exemple, la prise en charge des clientèles vulnérables.

MQ – Qu'en est-il de la mise sur pied des réseaux locaux ?

CS – Cela se concrétise lentement. Le fait d'avoir un guichet unique nous permettra de mieux diriger nos patients. Pour l'instant, c'est à l'état embryonnaire. J'ai de la difficulté à imaginer comment cela va vraiment se passer. Probablement que cela va augmenter l'efficacité du système, permettre de mieux connaître les ressources disponibles et accroître la collaboration avec les services communautaires.

MQ – Est-ce que ces réseaux vont faciliter votre travail de médecin ?

CS – Je ne pense pas que des structures comme telles puissent m'aider dans mon travail de médecin. Actuellement, il est trop tôt pour voir comment cela va changer notre pratique dans le quotidien. Tout dépend de la façon dont les gens vont s'organiser sur le terrain.

MQ – Est-ce que les médecins ont été réticents quand ces nouveaux réseaux ont été créés ?

CS – Je ne crois pas qu'il y ait eu de la résistance. Les

médecins ne sont pas contre une réorganisation, mais ils n'apprécient pas de se voir imposer des structures. De toute façon, un réseau était déjà presque en place dans Vaudreuil-Dorion. Les cliniques privées communiquaient déjà avec le CLSC. Depuis cinq ou six ans, il y avait un comité que l'on appelle Équité-Santé. On s'entendait sur les heures d'ouverture. Ainsi, les gens savaient quelles cliniques étaient ouvertes les fins de semaine, les soirs, etc. Les réseaux locaux ne font donc que rendre officiel ce qui se faisait déjà dans notre région.

MQ – Il y a déjà environ sept groupes de médecine familiale dans votre région. Vous êtes vous-même membre d'un nouveau GMF. Est-ce que cela change beaucoup de choses ?

CS – Je dirais que c'est un changement de culture. Au départ, ce fut un peu précipité, et il y avait beaucoup de paperasse à remplir. Nous étions poussés et nous, les médecins, ne sommes pas toujours prêts à réagir rapidement. Actuellement, nous sommes dans la phase de mise en place. Nous avons déjà nos infirmières, mais maintenant, nous avons une équipe de soins infirmiers du CLSC. C'est sûr que ça change beaucoup la dynamique. Mais nous y voyons un avantage pour nos patients qui bénéficieront d'une meilleure prise en charge.

MQ – Comme médecin, qu'est-ce que cela vous apporte ?

CS – Pour le moment, cela ne change pas grand-chose sur le plan de la pratique. On est en période de réorganisation et de réflexion. On n'a pas de protocole et l'on se demande comment fonctionner avec les infirmières, comment la structure va nous permettre d'assurer un meilleur suivi, une meilleure prise en charge aussi, une continuité de soins. On ne sait pas si ça va nous permettre de voir plus de patients, mais en tout cas nos patients malades vont bénéficier d'une meilleure prise en charge parce qu'on va se sentir plus appuyés par une équipe.

MQ – Est-ce une expérience excitante ?

CS – Absolument ! Nous avons l'impression de bâtir

quelque chose, et je pense que chaque GMF a sa personnalité. Actuellement, nous sommes en train de définir quels seront nos besoins. C'est un projet qui demande beaucoup d'énergie. Il faut cependant se servir de l'expérience des autres GMF.

Quand nous avons commencé, il y a quelques mois, nous avons eu de petits problèmes sur le plan budgétaire. Il y a eu des changements de dernière minute. Cela a entraîné une certaine réserve chez les médecins, car il faut que les engagements qui ont été pris envers nous soient respectés. Mais, dans l'ensemble, les gens sont enthousiastes.

MQ – Pourquoi avez-vous décidé de transformer votre clinique privée en GMF ?

CS – Pour concrétiser ce que nous étions déjà. Nous faisons le suivi des patients de A à Z, nous allions au centre d'hébergement de soins de longue durée, nous faisons des visites à domicile, il y avait toujours un médecin disponible 24 h sur 24, sept jours sur sept. Le GMF correspondait donc au modèle de pratique que nous avons ici. Mais le projet nous apportait en plus des ressources financières et humaines pour faciliter notre travail.

MQ – En ce qui concerne le problème de relève dans les cabinets privés de votre région, est-ce que les GMF pourraient être une solution pour attirer des médecins ou est-ce que ce seront les PREM ou les AMP qui vont vous aider ?

CS – Les trois nous aideront sûrement. Le GMF est un milieu sécurisant qui peut permettre d'attirer de nouveaux médecins. Il est évident qu'un jeune omnipraticien s'y sentira mieux que dans un cabinet privé, car c'est un milieu interdisciplinaire qui rappelle un peu la formation en médecine familiale. Les PREM, s'ils sont appliqués, nous donneront également un coup de main. Les AMP aideront les cabinets privés quand les secteurs prioritaires, soit ceux de la deuxième ligne, seront comblés. Cependant, il faut être conscient qu'il n'y aura pas plus de médecins qui sortiront des universités et qu'ils devront être répartis dans toute la province. ❧

An tableau d'honneur
Le D^r Albert Schumacher
nouveau président de l'AMC

par Francine Fiore



D^r Albert Schumacher

En fonction depuis août dernier, le nouveau président de l'Association médicale canadienne (AMC), le D^r Albert Schumacher a pour priorité la formation de jeunes médecins afin qu'ils soient en mesure d'exercer un leadership efficace non seulement dans leur profession, mais également dans leur collectivité. « Ils doivent prendre la place qui leur revient et faire entendre leur voix afin de défendre

leur profession, dit-il. On ne peut pas attendre qu'ils aient 40 ou 50 ans. On a besoin d'eux maintenant ! »

Né à Windsor (Ontario), le D^r Schumacher a obtenu son diplôme de médecine en 1976 à l'Université Western. Actuellement, il pratique la médecine générale à son cabinet ainsi qu'à l'hôpital Hôtel-Dieu Grace de Windsor. Militant de la première heure, il siège au Conseil de l'Association médicale de l'Ontario depuis 18 ans et au Conseil de l'Association médicale canadienne depuis 1989.

À 27 ans, alors qu'il était secrétaire de la Société médicale du comté d'Essex, il a coordonné les efforts de plus de 400 médecins au cours d'une grève. « J'ai appris sur le terrain et ce ne fut pas facile, lance le nouveau président. Par conséquent, je me suis promis que personne ne se retrouverait plus jamais dans une telle situation ». Ainsi, il a conçu un programme de développement du leadership pour les jeunes médecins afin de les préparer à assumer un rôle de premier plan. D'ailleurs, une fin de semaine de formation parrainée par l'AMC aura lieu à Ottawa en novembre prochain (renseignements : www.cma.ca).

Par ailleurs, la santé publique est une autre priorité du président, qui estime qu'il faut augmenter les effectifs et les ressources dans ce domaine. Dans son témoignage devant la commission d'enquête sur l'eau à Walkerton, il a réclamé un rôle accru pour les médecins hygiénistes et une augmentation de leur nombre. « Ils sont essentiels, non seulement pour gérer les crises, mais en ce qui concerne les besoins de la population comme la vaccination, par exemple. »

Déjà au cœur de l'action, le D^r Schumacher a entrepris une tournée canadienne afin de rencontrer les représentants des associations provinciales. ❧