

Groupes de médecine de famille de nouvelles règles sur le soutien technique et financier

LE MINISTÈRE DE LA SANTÉ et des Services sociaux (MSSS) vient de préciser les règles d'allocation des ressources pour les groupes de médecine de famille (GMF). Dorénavant, les nouveaux GMF n'auront plus automatiquement droit à deux infirmières à temps plein, à une secrétaire et à un technicien en administration. Le soutien financier et technique est maintenant proportionnel au nombre de patients habituels du groupe de médecins. Mais la lourdeur de la clientèle est également prise en compte.

Maintenant, pour obtenir les mêmes ressources qu'auparavant, un groupe de médecine de famille doit correspondre au GMF moyen qui compte environ 15 000 patients inscrits. Il est généralement composé de 10 médecins. Par comparaison, l'ancien GMF moyen correspondait à une clientèle allant de 12 000 à 22 000 patients inscrits.

La nouvelle formule favorisera les gros GMF. Ils bénéficieront de ressources additionnelles à mesure qu'ils franchiront le cap des 19 000, des 24 000, puis des 30 000 patients inscrits ou leur équivalent. Une fois par année, une nouvelle évaluation permettra aux groupes dont la clientèle s'est accrue d'obtenir plus de soutien financier et technique.

Par contre, les nouvelles règles se révèlent moins généreuses pour les petits GMF. Ainsi, un groupe ayant une clientèle équivalant à moins de 12 000 patients n'aura droit qu'à 1,2 infirmière et ne disposera que de quelque 38 000 \$ pour rémunérer le personnel administratif. La formation de petits GMF de moins de six médecins va d'ailleurs devenir



Photo : Emmanuèle Garnier

D' Jean Rodrigue

difficile. Une accréditation ne sera plus accordée qu'exceptionnellement aux futurs groupes dont la clientèle est inférieure à 9000 patients.

Atteindre au moins 80 % de l'objectif

Qu'arrivera-t-il aux groupes de médecine de famille déjà formés qui ne correspondent pas au GMF moyen ? Même si le nombre de patients inscrits n'est pas suffisant, ils conserveront les ressources déjà accordées jusqu'à la fin de leur contrat de trois ans. Cependant, au moment du renouvellement,

les GMF devront avoir atteint 60 % de l'objectif donné s'ils ont été accrédités avant septembre 2003. Les GMF de la deuxième vague, accrédités avant juillet 2004, devront pour leur part atteindre 80 % du nombre ciblé.

Les prochains GMF bénéficieront eux aussi d'une période de grâce pour inscrire le nombre de patients requis. « Le niveau de soutien technique et financier alloué lors de la signature de la première convention demeure le même lors du premier renouvellement lorsque le GMF a atteint 80 % du nombre de personnes inscrites retenu au moment de l'accréditation », explique la nouvelle Annexe III de la Convention standard entre un GMF et une agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux.

Le ministère de la Santé et des Services sociaux ne calculera cependant pas de manière mathématique la taille de la clientèle inscrite. Plusieurs éléments lui permettront d'ailleurs de hausser son évaluation :

- l'offre de service du GMF ;

- ⊗ la disponibilité des effectifs médicaux sur le territoire et la difficulté de recruter des médecins ;
- ⊗ le territoire couvert par le GMF et le nombre de points de services présents ;
- ⊗ les autres activités médicales des médecins, comme le suivi à l'hôpital des patients du GMF.

Des assouplissements obtenus

La FMOQ ne voit pas d'un bon œil ce nouvel ajustement du MSSS. « C'est d'autant plus irritant pour nous que le Ministère a changé à plusieurs reprises les règles du jeu. Sur le terrain, les médecins sont un peu irrités de voir que, régulièrement, il modifie presque unilatéralement les contrats signés », explique le **D^r Jean Rodrigue**, directeur de la Planification, de la Régionalisation et des Communications, à la Fédération.

Consultée par le Ministère avant la mise à jour de l'Annexe III, la FMOQ a réussi à obtenir certains assouplissements. « On a fait comprendre au gouvernement qu'il est illusoire de penser que tous les patients accepteront d'être inscrits. On ne doit donc pas faire subir aux médecins les conséquences de ces refus », soutient le D^r Rodrigue.

Ainsi, le MSSS accepte de tenir compte de la clientèle habituelle d'un GMF et non uniquement des patients inscrits, prend en considération la lourdeur de la clientèle et de certaines activités professionnelles des médecins. En outre, au moment du renouvellement de la convention, l'atteinte de 100 % de l'objectif de 15 000 patients inscrits n'est plus nécessaire pour conserver les ressources allouées. La FMOQ avait également demandé que des ajustements puissent être faits à la hausse si un GMF inscrit davantage de patients que prévu.

Certains aspects de l'Annexe III devraient dorénavant faire l'objet d'une négociation plutôt que d'une simple consultation, estime le D^r Rodrigue. « Le lien entre la taille de la clientèle habituelle ou inscrite et l'allocation des ressources devrait être matière à négociation. Cette question ne peut pas être décidée unilatéralement par le Ministère. » ✍

Nouveau mémoire

la FMOQ appuie la lutte antitabac

Francine Fiore

Tout en appuyant le ministre de la Santé et des Services sociaux, **M. Philippe Couillard**, dans sa lutte contre le tabagisme, la FMOQ propose l'adoption de mesures encore plus vigoureuses pour réduire ce problème. Elle assure parallèlement la collaboration de ses membres pour contrer ce fléau.

Dans son mémoire présenté dans le cadre de la consultation pour le « Développement de la législation québécoise contre le tabagisme », la FMOQ appuie la proposition gouvernementale d'interdire de fumer dans tous les lieux publics, dont les bars, les restaurants, les salles de bingo, les centres commerciaux, les gares, les hôtels, les aires communes des immeubles de deux à douze unités de logements, etc.

Toutefois, la FMOQ juge qu'il est nécessaire d'instaurer ces mesures progressivement. Par conséquent, elle propose d'accorder une période d'un an pour éliminer les aires actuellement réservées aux fumeurs et accepte le maintien des fumeurs déjà existants dans certains lieux publics pendant trois ans.

Puisqu'il est difficile d'interdire de fumer dans les aires extérieures situées à proximité des entrées et des sorties des édifices où l'utilisation du tabac est défendue, la FMOQ propose le *statu quo*. De même, elle appuie la proposition de maintenir l'autorisation de fumer dans au plus 40 % des chambres disponibles dans les établissements d'hébergement touristique.

En outre, la FMOQ recommande de limiter la vente de tabac aux commerces comme les tabagies, les épiceries et les dépanneurs et de l'interdire dans les lieux publics où il est défendu de fumer. Elle souhaite qu'il soit interdit d'étaler les produits du tabac et d'en faire la promotion. Une période transitoire

d'une année devrait être accordée aux différents commerces pour s'ajuster.

Selon la FMOQ, la vente de tabac doit être bannie dans un certain périmètre autour d'une école ou d'un établissement fréquenté particulièrement par des jeunes. Elle recommande la multiplication des campagnes de sensibilisation aux effets nocifs du tabac dans les établissements scolaires et la création de services d'aide aux jeunes dans les écoles primaires et secondaires, les cégeps et les universités.

Par ailleurs, la FMOQ souhaite que les recherches cliniques sur les méthodes pour cesser de fumer se poursuivent et qu'on étudie des moyens pour permettre aux fumeurs de prolonger les périodes sans tabac, comme pendant un voyage en avion ou un congrès.

Toutefois, la FMOQ souligne que les interventions doivent être multiples et cohérentes les unes avec les autres. Ainsi, pourquoi arrêter de fumer si la qualité de l'air ambiant n'est pas améliorée et si rien n'est fait pour promouvoir l'activité physique ou la gestion du stress ? Et pourquoi cibler les jeunes si on ne leur offre pas de solutions de rechange pour s'affirmer au sein de leur groupe et dans le monde des adultes ?

On peut consulter le mémoire au www.fmoq.org

(Suite à la page 117) >>>

La formation continue dès les premières années de pratique

C'est avec plaisir que la FMOQ a répondu favorablement à l'invitation de la Direction de l'amélioration de l'exercice du Collège des médecins afin de réaliser, en association avec les facultés de médecine des universités Laval, McGill, de Montréal et de Sherbrooke, les trois fédérations médicales (résidents, omnipraticiens et spécialistes) et Merck Frosst Canada, un projet d'évaluation des besoins en formation continue des résidents en deuxième année du programme de médecine de famille et des résidents en cinquième année du programme de certaines spécialités.

À l'issue de cette étude, qui sera réalisée au cours du printemps 2005, des activités pourront être élaborées afin de répondre aux besoins de formation professionnelle continue des jeunes médecins. Par ricochet, cette étude pourra également nourrir la réflexion des facultés de médecine québécoises et du Collège des médecins du Québec quant au contenu des programmes de résidence en médecine de famille et en médecine spécialisée.

Selon les responsables de l'étude, il est pertinent de concevoir et de mettre en œuvre un projet de recherche visant à évaluer les lacunes pressenties et les besoins exprimés par les résidents finissants. En effet, il semble que les futurs médecins, quelques mois avant la fin de leur programme de résidence, soient déjà en mesure d'anticiper les difficultés auxquelles ils devront faire face dans leur pratique et, par conséquent, d'établir leurs premiers besoins en matière de formation continue.

Au cours des prochaines semaines, la Direction de l'amélioration de l'exercice fera parvenir des questionnaires par la poste aux résidents en médecine de famille et à ceux de chacune des spécialités visées, en français et en anglais. L'analyse des résultats devrait être terminée en juillet 2005. Au cours des 12 mois suivant l'étude, des programmes de formation continue pourront être élaborés pour répondre aux besoins indiqués.

Sylvie Leboeuf

Coordonnatrice, Direction de l'amélioration de l'exercice, Collège des médecins du Québec

Un message de Dale-Parizeau LM

Dale-Parizeau LM offre présentement aux étudiants et résidents en médecine la possibilité d'obtenir, à l'achat d'une assurance automobile, une assurance vie et invalidité gratuite, un remboursement de 250 \$ pour des pneus d'hiver ou une assurance résidentielle gratuite (maximum 300 \$). Une offre très alléchante qui a été communiquée aux étudiants en début d'année par le biais d'un concours où la gagnante, Madame Sophie Couture de l'Université de Sherbrooke, a reçu un chèque-cadeau de 500 \$. Près de 700 étudiants et résidents se sont inscrits au concours. Dale-Parizeau LM est le courtier d'assurance recommandé par la FMOQ depuis plus de 25 ans.



Être vigilant dans un réseau en mutation

Entrevue avec le D^r Donald Delisle

président de l'Association des médecins omnipraticiens de l'Estrie (AMOE)



D^r Donald Delisle

Photo : Marcel LaHaye

LE SYSTÈME DE SANTÉ est en pleine évolution, ce qui n'ira pas sans répercussions sur les conditions de pratique des omnipraticiens. Le nouveau président de l'AMOE se promet de participer aux changements et de surveiller les intérêts de ses membres.

M.Q. – Vous arrivez à la tête de l'AMOE alors que le réseau de la santé se réorganise autour des centres de santé et de services sociaux. Quels sont vos objectifs dans ce contexte ?

D.D. – Je désire que l'Association assure un soutien aux médecins de première ligne. Les centres de santé et de services sociaux vont créer des « projets cliniques » sur leur territoire afin de traiter globalement les problèmes de certaines clientèles. Les projets auxquels le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) devrait donner la priorité concerne la santé mentale, les soins palliatifs, les maladies chroniques et la petite enfance. Notre agence régionale déterminera ses priorités en fonction des besoins les plus criants et en tenant compte autant que possible de celles du MSSS. Selon mes informations, le soutien aux personnes âgées en perte d'autonomie devrait être ciblé dans un premier temps en Estrie. Cela aidera les médecins de première ligne devant s'occuper de ces problèmes complexes qui nécessitent l'intervention de plusieurs professionnels. Des équipes multidisciplinaires devraient être en place d'ici un an ou deux dans chacune des municipalités régionales de comté. Ainsi, les médecins de première ligne n'auront plus à se débrouiller seuls comme c'est souvent le cas.

M.Q. – Comment votre association interviendra-t-elle ?

D.D. – Premièrement, elle s'assurera que les médecins de famille auront un accès facile à ce réseau. Deuxièmement, elle veillera à ce qu'ils soient rémunérés adéquatement pour leur travail au sein de ces équipes. La rétribution à l'acte actuellement en vigueur ne convient pas à ce type de travail. Par conséquent, on pourrait opter pour des modulations de certains honoraires ou pour une facturation selon un tarif horaire ou même pour l'ajout de nouveaux actes afin de respecter les médecins de première ligne. Des ententes, basées sur des banques

d'heures, devront être conclues. Il faut réduire le bénévolat au minimum afin de favoriser la continuité dans le suivi.

M.Q. – Comment apporterez-vous votre soutien aux médecins ?

D.D. – Probablement que le Département régional de médecine générale (DRMG) s'occupera directement de la mise en place des structures. Une fois les besoins ciblés, le DRMG pourrait faire des demandes à la FMOQ pour obtenir les banques d'heures nécessaires. Actuellement, les médecins s'impliquent beaucoup et une bonne partie de leur travail est accomplie bénévolement. Malheureusement, il est difficile de maintenir un service à long terme fondé sur le bénévolat.

M.Q. – On n'a pas encore beaucoup entendu parler de ces « projets cliniques ».

D.D. – En effet ! C'est encore en discussion à l'échelle des agences et des comités de direction des DRMG. Ces projets n'ont pas été dévoilés clairement aux médecins de l'ensemble du Québec.

M.Q. – Que se passera-t-il lorsqu'un médecin verra un patient pouvant bénéficier de l'un des projets cliniques, comme une personne âgée souffrant d'une maladie chronique ou ayant besoin de soins palliatifs ?

D.D. – Par exemple, si le patient doit avoir accès à un professionnel du réseau autre que son médecin traitant, soit un psychologue, un travailleur social ou une infirmière, il devra y avoir une coordination efficace faite par les centres locaux. De plus, le réseau de projets cliniques devrait disposer d'experts consultants, dont des médecins spécialistes que l'on pourrait consulter plus rapidement que présentement. Nous pourrions ainsi avancer dans la solution des problèmes au lieu de travailler très fort en faisant du sur place comme c'est souvent le cas actuellement.

M.Q. – Personnellement, que pensez-vous de ces projets cliniques ?

D.D. – J'ai un préjugé favorable à l'égard de ce genre de projets. Cela rendra un immense service à la population. Ça me plaît beaucoup. Mais je me demande si le réseau disposera des ressources nécessaires pour les réaliser et éviter l'essoufflement des médecins de première ligne qui vont s'y engager.

M.Q. – Quand ces projets commenceront-ils à voir le jour ?

D.D. – C'est actuellement en discussion. On est tenu au courant de l'évolution du dossier par l'intermédiaire du comité de direction du DRMG. L'Association apportera le soutien nécessaire au comité afin de faciliter les conditions d'exercice des médecins dans de tels projets.

M.Q. – En ce qui concerne l'amélioration des conditions de pratique en général des médecins de famille, que souhaitez-vous ?

D.D. – Le médecin qui travaille dans un centre hospitalier peut plus facilement avoir accès à ses confrères spécialistes, au plateau technique, etc. Mais les médecins de première ligne doivent travailler très fort pour obtenir ces services pour leurs patients. Par conséquent, il faudra reconnaître la situation particulière du médecin de première ligne et son besoin de soutien.

Un volet très important concerne également le fait que le médecin de première ligne ne reçoit aucune rémunération pour plusieurs tâches effectuées de plus en plus fréquemment, comme les discussions avec le pharmacien ou les gestionnaires de cas – notamment pour les personnes âgées –, l’obtention d’un examen dans un délai raisonnable pour un patient ou encore d’un rendez-vous avec un spécialiste. Nous devons réduire les frustrations que subissent les médecins de première ligne face à tout ce travail effectué pour le bien-être de leurs patients.

Un autre élément important est l’obtention de la parité salariale avec nos confrères des autres provinces. Un tel rattrapage fait partie de la reconnaissance du médecin dans son ensemble. Cela évitera l’exode des cliniciens vers les autres provinces et dissipera la morosité qui plane actuellement dans la communauté médicale.

M.Q. – Vous souhaitez par ailleurs intéresser davantage les jeunes médecins à la pratique en cabinet privé.

D.D. – Oui. Notre association souhaite créer chez eux un sentiment d’appartenance au milieu et un intérêt face à ce type de pratique. Nous avons entrepris une réflexion. Nous allons évaluer les moyens pouvant favoriser l’entrepreneuriat chez les jeunes médecins. Certaines personnes pensent cependant que le réseau de pratique en cabinet privé, comme on le connaît actuellement, est peut-être en voie de disparition.

M.Q. – D’où vient le problème concernant les jeunes médecins et la pratique dans un cabinet privé ?

D.D. – Les jeunes médecins sont tellement sollicités qu’ils n’ont pas besoin de prendre d’engagement dans une clinique privée. Ils peuvent se promener de l’une à l’autre. Ainsi, ils ne prennent pas d’engagement à l’égard d’une clientèle précise sur un territoire donné. Il est difficile de les inciter à se fixer dans une localité en vue d’une continuité de services et de soins à la population. Comme il y a une pénurie d’effectifs partout, ils ont le choix. De plus, ils doivent respecter leurs activités médicales particulières, dont les priorités sont les urgences, les hospitalisations, l’obstétrique, etc. Cela représente plus de douze heures par semaine, ce qui est déjà beaucoup pour un jeune médecin.

M.Q. – Que faut-il faire ?

D.D. – Ce n’est pas évident ! Peut-être que le réseau des petites cliniques privées va diminuer et s’éteindre tranquillement. Les médecins deviendront peut-être des professionnels comme les autres, embauchés directement par les établissements qui assureront les services. Toute notre société est en mutation, la profession médicale également.

M.Q. – Comme partout ailleurs votre région est aux prises avec une pénurie d’effectifs. Qu’en est-il exactement ?

D.D. – Ici, en Estrie, comme nous sommes une région universitaire, plusieurs médecins omnipraticiens font partie d’un réseau d’enseignement et de recherche. Par conséquent, ils doivent consacrer du temps à ces fonctions et ils sont moins disponibles pour le travail clinique de première ligne. Nous avons donc beaucoup d’omnipraticiens, mais un nombre important ont une pratique clinique à temps partiel. Même si les plans régionaux d’effectifs médicaux (PREM) fonctionnent en équivalents temps plein (ETP), ce n’est pas toujours évident d’évaluer la situation réelle. De plus, il faut tenir compte de l’attrition naturelle, de la féminisation de la pratique, etc. Ici, en Estrie, les médecins omnipraticiens sont très présents dans les centres hospitaliers. Toutefois, le temps qu’ils y passent ne leur permet pas de faire le suivi des patients à l’extérieur. Donc, quoiqu’en dise le MSSS, l’Estrie, comme la plupart des régions du Québec, connaît une importante pénurie d’effectifs.

M.Q. – À quoi exactement vous donne droit votre PREM ?

D.D. – Pour 2004-2005, nous avons droit à quatre nouveaux facturants et à sept médecins de remplacement, soit un total de onze omnipraticiens. Mais au moment de notre dernière évaluation, qui date d’un an ou deux, nos besoins étaient de quarante nouveaux facturants pour couvrir adéquatement notre région.

M.Q. – Est-ce que les besoins sont si criants en Estrie ?

D.D. – Il suffit de regarder les listes d’attente dans les cliniques. Il faut des mois et des mois aux patients pour obtenir un rendez-vous, quand ce n’est pas une année ou presque. Dans les urgences des hôpitaux, l’attente varie de deux à huit heures et dans les services de consultation sans rendez-vous, de deux à quatre heures. C’est long pour des gens qui ont un besoin urgent. Sans compter que la majorité des médecins de famille ne peut plus prendre en charge de nouveaux patients. Donc, vous percevez tout de suite la problématique pour des gens nouvellement arrivés dans la région et pour la population vieillissante déjà en place qui a de nouveaux troubles de santé et n’a pas de médecin de famille. 