

## Des omnipraticiens à la grandeur du Québec

### premières données sur les effets des AMP et des PREM

**L**ES PREMIERS EFFETS des nouvelles activités médicales particulières (AMP) sont maintenant visibles. En 2004-2005, les effectifs médicaux des centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) ont augmenté brusquement, tout comme le nombre d'omnipraticiens dans les hôpitaux, révèle la nouvelle mise à jour du document *Des omnipraticiens à la grandeur du Québec : Évolution des effectifs et des profils de pratique*.

Le bilan des nouvelles AMP comporte deux facettes, selon M<sup>me</sup> Isabelle Savard, conseillère en politiques de santé à la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ) et coauteure du document. D'un côté, leurs bienfaits sont incontestables : les AMP ont permis aux CHSLD et aux hôpitaux de combler leurs pénuries de médecins. Mais de l'autre, le redressement s'est produit au détriment du développement des cabinets privés. « Dans tous les secteurs de pratique, les effectifs ont crû en 2004-2005 au moins au même rythme que la population des omnipraticiens, sauf dans les cabinets médicaux où le nombre de médecins a même diminué. »

La désaffection pour les cabinets privés était déjà amorcée depuis plusieurs années. L'amélioration de la rémunération – entre autres grâce au forfait de prise en charge et de suivi des clientèles vulnérables – a contribué à conserver les effectifs, mais n'a pas été suffisante pour les accroître. Et maintenant l'arrivée des nouvelles AMP ne fait rien pour améliorer la situation.

« Dans les groupes de discussion que nous avons organisés, les médecins nous disaient qu'ils préféreraient avoir un nombre plus restreint de lieux de pratique et y concentrer leurs activités. Donc, s'ils sont obligés de pratiquer douze heures à l'hôpital, ils y travaillent davantage. Ils ne veulent pas s'éparpiller », indique M<sup>me</sup> Savard.

Au cours des cinq dernières années, le réseau des



M<sup>me</sup> Isabelle Savard

Photo : Emmanuèle Garnier

cabinets privés a perdu l'équivalent de 119 médecins à temps plein. Cette perte est d'autant plus frappante que la force globale de travail des omnipraticiens a augmenté de l'équivalent de 607 généralistes exerçant à temps plein. Ainsi, en 1999-2000, 77 % des omnipraticiens avaient une pratique dans un cabinet privé, tandis que cinq ans plus tard, ils ne sont plus que 71 %.

#### La première ligne touchée

Un autre phénomène est troublant. De plus en plus d'omnipraticiens délaissent les activités de première ligne pour exercer à temps plein dans les hôpitaux, en particulier aux urgences, a remarqué M<sup>me</sup> Savard. Le nombre de médecins qui gagnent plus de 75 % de leur revenu dans ces centres a ainsi augmenté de 36 % en cinq ans. Aux urgences, il s'est accru de 69 %. Et alors qu'auparavant le phénomène des omnipraticiens n'exerçant qu'à l'urgence touchait surtout les zones universitaires, il atteint maintenant toutes les régions.

La tendance qu'ont les hôpitaux à s'emparer des

généralistes n'est pas sans risque. « Plus on fournit d'omnipraticiens aux établissements de santé, moins il en reste pour la première ligne de soins, et plus on augmente les demandes de soins en deuxième ligne, parce que les patients ne sont pas pris en charge, met en garde la conseillère en politiques de la santé. La majorité des besoins de la population concerne la première ligne et non l'hospitalisation. »

Dans certaines régions, le ratio population/médecin travaillant à temps plein en première ligne est d'ailleurs particulièrement mauvais. Les territoires les plus touchés? Les régions intermédiaires et éloignées. En Outaouais, par exemple, le ratio est de l'équivalent d'un médecin à temps plein pour 2091 personnes. « Le ratio idéal en première ligne est d'un omnipraticien pour 1500 personnes. Cela donne une idée de la situation aberrante dans cette région. » D'autres territoires connaissent également une grave pénurie en première ligne de soins : Lanaudière, le Saguenay-Lac-Saint-Jean et la Mauricie-Centre du Québec.

« S'il y a un coup de barre à donner, ce serait d'améliorer la situation en première ligne, en particulier dans les cabinets », estime M<sup>me</sup> Savard. Les CLSC, pour leur part, ne semblent pas avoir souffert de la nouvelle politique des AMP, contrairement à ce que l'on avait craint. Leurs effectifs médicaux ont continué à croître au même rythme que le nombre d'omnipraticiens. Depuis un an, 57 généralistes sont ainsi venus grossir leurs rangs. Mais ces gains ne compensent pas totalement les problèmes de recrutement dans les cabinets privés.

### À la croisée des chemins

Les données des *Omnipraticiens à la grandeur du Québec* contiennent toutefois de bonnes nouvelles. Tout comme les AMP, les plans régionaux d'effectifs médicaux (PREM) semblent efficaces. Les jeunes médecins qui ont commencé leur pratique en 2004-2005 se sont répartis de manière relativement uniforme dans toutes les régions du Québec.

Régions	Proportion de la cohorte
Universitaires	25,6 %
Périphériques	22,0 %
Intermédiaires	23,2 %
Éloignées	20,7 %
Isolées	8,5 %

Les nouveaux diplômés paraissent avoir apprivoisé les PREM. « Je pense qu'ils profitent des incitatifs qu'on leur offre et qu'ils acceptent d'aller en région en sachant qu'ils pourront revenir dans les grands centres par la suite, s'ils le désirent », explique M<sup>me</sup> Savard.

Presque toutes les régions restent néanmoins aux prises avec un manque de médecins. Le problème : la faible croissance des effectifs médicaux. « Comme il y avait des pénuries de médecins partout, la politique de planification que nous avons adoptée ces dernières années visait à combler l'attrition. On voulait s'assurer que les diverses régions conservent les effectifs qu'elles avaient déjà. On ne pouvait donc aider certaines régions qu'avec le petit ajout net d'omnipraticiens. On a néanmoins amélioré la situation de zones périphériques et intermédiaires. »

En 2004-2005, l'ajout net n'a été que de

47 omnipraticiens, une fois l'attrition comblée. Une augmentation des effectifs de 0,6 % alors que les besoins de la population s'accroissent de 1 % annuellement. Dès l'année prochaine, le nombre de finissants en médecine augmentera mais, selon les modèles de projection, cette hausse et celles des années à venir ne suffira pas à rattraper l'écart qui se creuse. « On va toujours rester avec un déficit en médecins omnipraticiens »,



estime la conseillère en politiques de santé.

Comment affronter cette pénurie annoncée ? « Il existe différentes solutions. On peut, entre autres, augmenter l'accès des patients aux soins de santé en favorisant l'intégration d'autres professionnels de la santé, notamment les infirmières, aux équipes de médecine familiale. L'amélioration de l'organisation des soins peut également être utile », indique M<sup>me</sup> Savard.

L'auteure est cependant inquiète à cause d'un phénomène qui se répand : le fait que les spécialistes se décharge sur les omnipraticiens de la responsabilité d'hospitaliser les patients. « Beaucoup de spécialistes décident d'avoir un rôle de consultant plutôt que de médecin traitant dans les hôpitaux. Si on laisse cette situation se poursuivre, on n'améliorera pas l'état des effectifs en médecine générale, à moins de changer d'orientation. Si l'on adopte ce modèle, il faudra alors former plus d'omnipraticiens. Autrement, les hôpitaux

vont drainer la plupart des ajouts d'omnipraticiens au détriment de la première ligne où les besoins sont immenses. Il va falloir que le gouvernement prenne conscience de ce problème et agisse. »

La médecine générale est maintenant à la croisée des chemins au Québec. Il est nécessaire de redéfinir le travail de l'omnipraticien, tant comme clinicien à l'hôpital que comme médecin de famille de première ligne épaulé par d'autres professionnels de la santé, soutient *Des omnipraticiens à la grandeur du Québec*. « Les modèles que nous privilégierons au cours des prochaines années seront déterminants à cet égard. Ils pourraient nous amener rapidement d'une pénurie constatée à une situation d'équilibre relatif, ou encore, à une situation de pénurie presque insoluble. » ☞

## Départ du D<sup>r</sup> Boucher une présence marquante



D<sup>r</sup> Jean-Pierre Boucher

Déterminé derrière sa barbe fournie et son regard bon enfant, le président de l'Association des médecins omnipraticiens des Laurentides-Lanaudière (AMOLL), le **D<sup>r</sup> Jean-Pierre Boucher** ne craignait ni de plonger dans les débats ni d'en déclencher. Avec son langage direct, souvent teinté d'humour, il a été une figure marquante au conseil de la FMOQ. Il a maintenant cédé sa place à l'un de ses membres, le

**D<sup>r</sup> Marc-André Amyot** (voir l'interview en p. 16), après avoir été à la tête de son association durant 14 ans.

Pendant une vingtaine d'années, le D<sup>r</sup> Boucher a siégé au conseil d'abord à titre de délégué, puis de président d'association. « Il disait tout haut ce que plusieurs pensaient tout bas, résume le D<sup>r</sup> Amyot. Je pense que le D<sup>r</sup> Boucher a eu une influence non négligeable au sein du conseil. J'ai remarqué que souvent les idées qu'il a exprimées ont été reprises en partie ou entièrement par le conseil ou la FMOQ, après avoir été mûries et digérées. »

L'une des causes qu'a particulièrement défendues le

D<sup>r</sup> Boucher est le rôle traditionnel du médecin de famille dont il voyait l'étoile pâlir. « De toute évidence le cabinet privé se meurt », reconnaît-il d'un ton amer. Au cours des années, il a constaté l'effritement graduel du modèle du clinicien polyvalent qui prend en charge et suit une clientèle. Il a vu parallèlement émerger des pratiques sectorisées et des spécialités en médecine générale.

La seule embellie qu'a relevée le D<sup>r</sup> Boucher est l'arrivée des groupes de médecine de famille. « Mais il semble qu'on ait atteint une espèce de saturation actuellement. Les nouveaux groupes se font de plus en plus rares. La FMOQ demande cependant, dans la prochaine Entente générale, que l'on étende le modèle à des groupes restreints de médecins, ce qui serait une bonne nouvelle. »

Le D<sup>r</sup> Boucher craint maintenant pour l'avenir de la médecine familiale. Les jeunes ne sont pas au rendez-vous. « Ils recherchent les hôpitaux, où ils peuvent travailler de manière multidisciplinaire et avoir un accès rapide aux ressources, ce que n'offre pas la pratique dans les cabinets privés. En plus, les jeunes y obtiennent une rémunération importante. Ils gagnent maintenant plus que leurs aînés. Et ce, tout simplement parce que la rémunération en établissement est plus élevée et qu'il y a un déplaçonnement pour ce type de pratique. À cela s'ajoute la possibilité de donner des consultations sans rendez-vous dans des cabinets médicaux, ce qui est payant. »

Le D<sup>r</sup> Amyot admire son prédécesseur pour ses talents de communicateur. « Il a la capacité d'exprimer sa pensée de manière claire et imagée. Il comprend rapidement la situation. Il pense également aux conséquences à long terme des décisions qu'il prend et des orientations qu'il adopte. »

Pour ses membres, le D<sup>r</sup> Boucher a été un président dynamique. L'AMOLL organisait annuellement à l'étranger le congrès de formation continue Sylvain-Laporte. En outre, chaque année, elle préparait pour son Bureau une journée de réflexion dans un lieu retiré pour déterminer ses nouveaux objectifs. « Le D<sup>r</sup> Boucher tenait beaucoup à avoir l'opinion de ses membres », précise le D<sup>r</sup> Amyot. Le président sortant a également été l'un des instigateurs d'un groupe de discussion rassemblant une trentaine de jeunes pour connaître leur point de vue. « Il s'intéresse au sort des jeunes omnipraticiens. » L'exercice a permis d'obtenir d'intéressantes informations (voir en p. 17). ☞

## Nouveau regard sur la médecine familiale

Interview avec le D<sup>r</sup> Marc-André Amyot,  
président de l'Association des médecins omnipraticiens des Laurentides-Lanaudière



Photo - Emmanuelle Garnier

D<sup>r</sup> Marc-André Amyot

**À** GÉ DE 38 ANS, le D<sup>r</sup> Amyot, l'un des plus jeunes présidents de toutes les associations affiliées à la FMOQ, pratique depuis 13 ans. Il exerce aux urgences du Centre Hospitalier Régional de Lanaudière.

**MQ – Actuellement, la FMOQ négocie le renouvellement de son Entente générale avec le gouvernement du Québec. Quels sont les éléments essentiels de cette négociation d'après vous ?**

**MAA –** La première chose est certainement le redressement

de la rémunération des omnipraticiens québécois par rapport à celle de leurs confrères canadiens. La valorisation de la prise en charge des patients constitue également un élément essentiel. Actuellement, il existe un problème sur ce plan, non seulement dans notre région, mais dans l'ensemble du Québec. Parmi les autres points importants que va négocier la FMOQ, il y a l'aide aux jeunes médecins pour leur installation en cabinet privé, entre autres par un forfait de 150 \$ pour les 100 premiers patients qu'ils prennent en charge.

**MQ – Y a-t-il d'autres mesures qui vous semblent particulièrement importantes ?**

**MAA –** Une autre de nos priorités est la prise en charge des patients dits « orphelins », comme ceux qui sortent de l'hôpital et qui n'avaient pas de médecin de famille avant leur infarctus ou avant qu'on découvre leur diabète. Il faut faire en sorte que cette clientèle passe en premier dans le contexte actuel où l'on ne peut offrir une prise en charge par un omnipraticien à toute la population.

**MQ – Jusqu'à présent, le gouvernement s'est montré très ferme, voire dur, dans les négociations en ce qui concerne le respect de son cadre financier.**

**MAA –** Écoutez, nous avons un dossier solide en ce qui concerne la valorisation de la pratique du médecin de famille. Nos de-

mandes sont très réalistes et amèneraient une plus-value pour la population et le patient. Elles permettraient d'améliorer la qualité des services. Je suis conscient qu'elles ne seront pas toutes comblées, mais je suis sûr que les négociations vont bien se dérouler. En ce qui concerne le redressement de la rémunération des omnipraticiens québécois par rapport à la celle des médecins du reste du Canada, la FMOQ estime l'écart à 35,5 % tandis que le gouvernement l'évalue à environ 10 %. C'est sûr que la hausse ne sera pas de 35 %, mais elle ne sera certainement pas de 10 %, ça va être quelque chose de réaliste, entre les deux.

**MQ – Les cabinets privés éprouvent beaucoup de difficultés. Quelles solutions faudrait-il apporter ?**

**MAA –** Il est certain que l'on manque de ressources dans les cabinets privés. Il faut un environnement qui permette aux médecins de traiter plus de patients et de mieux les soigner. Les groupes de médecine de famille (GMF) sont un excellent modèle, mais tous les cabinets privés ne peuvent pas en devenir. Il faut donc permettre aux petites cliniques privées de deux ou trois médecins d'avoir accès aux ressources humaines et matérielles disponibles en GMF et en CLSC (entre autres), présence d'une infirmière, disponibilité d'un plateau technique et recours à l'informatique. C'est un bon exemple de ce que l'on pourrait faire pour eux.

**MQ – Pour vous, l'avenir du médecin de famille passe-t-il par l'interdisciplinarité ?**

**MAA –** Si nous voulons traiter le plus de patients possible, le mieux possible, il faut absolument collaborer avec d'autres professionnels de la santé. Ce qui peut être fait par un autre professionnel (infirmière, pharmacien, diététiste, physiothérapeute, etc.) ne devrait pas l'être par l'omnipraticien. Actuellement, les médecins travaillent souvent seuls de leur côté. Mais il est primordial de se parler ! L'interdisciplinarité est la solution. Il est toutefois essentiel que les autres professionnels ne travaillent pas seuls, mais sous la supervision du médecin traitant ou du médecin responsable du patient et en étroite collaboration avec ces derniers. L'omnipraticien doit être le chef d'orchestre des acteurs concernés par les soins à son patient.

**MQ – En ce qui concerne la relève, vous êtes préoccupé par la faible participation des jeunes dans les activités syndicales.**

**MAA** – Oui ! Il s’agit là d’une préoccupation de longue date de l’Association des médecins omnipraticiens des Laurentides-Lanaudière (AMOLL). Il y a un an ou deux, nous avons organisé un groupe de discussion auquel ont participé environ une trentaine de jeunes médecins en pratique depuis moins de cinq ou dix ans. L’objectif était de découvrir leurs attentes en ce qui concerne le mode de pratique. Cet exercice nous a révélé que les priorités des jeunes étaient d’abord la vie personnelle et familiale. Arrivent ensuite les soins aux patients et loin derrière, les activités médico-administratives. Les activités syndicales occupent la dernière place. La faible participation aux activités syndicales des jeunes médecins est donc le reflet de leurs priorités. Je crois qu’un plus grand engagement syndical de la part des jeunes médecins améliorerait leur qualité de vie au travail. Il est fondamental de les mobiliser dans le contexte des négociations, et je crois qu’on va y arriver. À la dernière assemblée générale de l’AMOLL, la participation des jeunes médecins a été un peu plus grande que d’habitude. Deux ou trois membres de notre bureau ont moins de cinq ans de pratique et l’on compte plusieurs femmes, ce dont nous sommes très fiers. Il est primordial d’avoir l’opinion des jeunes médecins et nous allons continuer à mobiliser nos troupes.

**MQ** – J’aimerais qu’on aborde un autre sujet, qui constitue un enjeu de société : la place du secteur privé dans le réseau de la santé.

**MAA** – Un système privé de soins de santé existe déjà. Cependant, il faut l’encadrer et discuter de la façon dont il doit se développer. Il ne faut pas que les omnipraticiens puissent pratiquer seulement dans le secteur privé. Il faut permettre à ces médecins de pouvoir pratiquer aussi à l’urgence ou de faire de la prise en charge dans le réseau public et d’être rémunérés par la RAMQ.

**MQ** – Les personnes plus aisées verront donc plus rapidement un médecin que celles qui le sont moins.

**MAA** – Le système privé profitera également aux gens moins fortunés. La place de la médecine spécialisée privée en est un bon exemple. Lorsqu’on procède à des interventions chirurgicales dans le secteur privé, on libère des places et du temps opératoire dans le système public, et les gens peuvent s’y faire

opérer plus rapidement. Donc, je ne suis pas sûr que les moins nantis voient d’un mauvais œil l’arrivée du privé. Une saine concurrence est toujours bénéfique, et le système public devra innover et être plus performant.

**MQ** – Et pour la médecine générale ?

**MAA** – Je ne pense pas qu’il y aurait de la place dans le secteur privé pour que plus de 10 % des omnipraticiens quittent complètement le système public. Par contre, il y aurait de la place si certains se désengageaient du système public à temps partiel.

**MQ** – En ce qui concerne votre région de Laurentides-Lanaudière, quelles sont vos principales préoccupations ?

**MAA** – Actuellement, ce qui nous préoccupe le plus est la question des plans régionaux d’effectifs médicaux (PREM). La méthode de calcul utilisée pour en déterminer la taille ne convient pas du tout à la région des Laurentides. Nous devons assurer des services dans six établissements, notamment dans six salles d’urgence. En 2005, nous n’avons eu que quatre nouveaux facturants. Ça n’a pas de sens. Cette année, nous avons dû demander aux nouveaux facturants ou aux médecins qui faisaient une demande d’avis de conformité dans les Laurentides de travailler dans deux établissements à la fois. Cette situation est inacceptable.

**MQ** – Et de combien de médecins avez-vous besoin ?

**MAA** – Pour répondre aux besoins de nos six établissements, il faut un minimum de huit à dix nouveaux facturants pour les Laurentides seulement. Les salles d’urgence de Saint-Eustache et de Mont-Laurier sont en situation précaire. Le PREM n’a certainement pas aidé Saint-Eustache. Au contraire ! Des jeunes médecins souhaitaient y travailler, parce que c’est près de Montréal, mais nous avons été contraints de refuser leurs offres à cause du PREM. Cela a été très frustrant. À Mont-Laurier, la situation est un peu plus difficile, car c’est une région éloignée. On nous a dit, par ailleurs, qu’on ne pouvait pas modifier la formule de calcul des PREM parce qu’elle répond aux besoins de la majorité des régions. Par conséquent, il faut trouver un moyen de régler le problème dans les Laurentides, et pas en 2010, alors qu’il y aura plus de nouveaux médecins sur le marché. Les PREM doivent être équitables dans Lanaudière et dans les Laurentides dès 2006. ☞

# Portrait

## Le D<sup>r</sup> Gaston Drapeau membre émérite de la FMOQ

Francine Fiore



Photo : Emmanuèle Garnier

D<sup>s</sup> Gaston Drapeau et Renald Dutil

En pratique depuis trente-huit ans, le **D<sup>r</sup> Gaston Drapeau** avait d'abord eu un moment d'hésitation quant au choix de sa profession. Serait-il ingénieur ou docteur ? Finalement, c'est comme médecin et administrateur qu'il a laissé sa marque. Ses collègues ont donc reconnu son précieux travail sur le plan clinique, administratif et syndical en le nommant Membre émérite de la FMOQ.

Né d'une famille d'agriculteurs à Sainte-Luce-sur-Mer, un village situé près de Rimouski, Gaston Drapeau entreprend des études classiques et opte finalement pour la médecine. Ayant terminé sa formation médicale à l'Université Laval en 1967, le D<sup>r</sup> Drapeau ouvre son cabinet sur la rue Provost, à Lachine, où il pratique toujours. Il devient également membre actif de l'Hôpital Saint-Joseph, à Lachine, qui est aujourd'hui le Centre hospitalier de Lachine.

### Médecin-administrateur

Très tôt dans sa carrière, le D<sup>r</sup> Drapeau comprend que les médecins doivent intervenir dans les questions concernant leurs conditions de pratique plutôt que de laisser les décisions entre les mains des administrateurs et des fonctionnaires. Cette prise de conscience

l'orienta vers l'administration et l'organisation des soins à l'hôpital. « À cette époque, les administrateurs regardaient les médecins avec un peu de méfiance, se souvient le D<sup>r</sup> Drapeau. Ils nous voyaient comme des enfants gâtés et exigeants. Mais lorsqu'on assiste à des congrès et à des séances de formation médicale continue, on constate l'évolution rapide de la médecine et de la technologie. C'est dans ce contexte que les médecins multipliaient les demandes pour des outils qui étaient parfois considérés comme des gadgets. Il n'était donc pas toujours facile d'obtenir gain de cause. » Devant cette situation, le D<sup>r</sup> Drapeau décida de s'engager dans l'activité médico-administrative. Afin d'avoir tous les outils nécessaires à son combat, le médecin a donc entrepris des études en administration de la santé à l'Université de Montréal.

En 1971, Le D<sup>r</sup> Drapeau devient secrétaire du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens de l'Hôpital Saint-Joseph et occupe le poste de chef du Département d'obstétrique de 1972 jusqu'à la fermeture, en 1976. Comme il s'agissait là d'un aspect fondamental de sa pratique, le D<sup>r</sup> Drapeau a obtenu des privilèges en obstétrique au Centre hospitalier de LaSalle. Au cours de sa carrière, le D<sup>r</sup> Drapeau a mis au monde quelque 3000 bébés. Il voit aujourd'hui des enfants de mères qu'il a lui-même mises au monde.

### Au cœur du changement

Partageant son temps entre la clinique et l'administration, le D<sup>r</sup> Drapeau tient à changer les choses dans son milieu de travail immédiat. Et il en aura l'occasion ! En 1984, l'hôpital de Lachine entreprend l'exercice de planification stratégique de son organisation et de son fonctionnement afin de mieux répondre aux besoins de la population qu'il dessert. Le D<sup>r</sup> Drapeau en devient le maître d'œuvre. En tant que président du conseil d'administration, il jouera un rôle clé dans l'application de ce plan qu'il considère comme sa plus grande réalisation.

Sous son règne, le Centre hospitalier de Lachine a donc subi des transformations importantes, dont la rénovation de l'urgence, la construction du Pavillon Camille-Lefebvre pour les soins de longue durée – qui comporte d'ailleurs une salle Gaston-Drapeau –, la création du Département d'ophtalmologie, qui a acquis une renommée enviable, et l'ouverture d'une unité de gériatrie et d'un centre de chirurgie d'un jour. « À cette

époque, la chirurgie d'un jour était relativement nouvelle, et nous avons fait figure de pionnier dans ce domaine », rappelle le D<sup>r</sup> Drapeau. Dans le cadre de ces travaux, le D<sup>r</sup> Drapeau a travaillé étroitement avec le directeur général, **M. Camille Lefebvre**. « Ce fut une collaboration extraordinaire, dit-il. C'était une période où il y avait de nombreux projets, et tout le monde y participait. L'appui des collègues était pour le D<sup>r</sup> Drapeau d'autant plus important qu'il se considère comme un homme de consensus et voulait gérer en collégialité.

### **L'action syndicale**

Toutefois, même s'il occupait des fonctions de direction dans son hôpital, le D<sup>r</sup> Drapeau n'a pas hésité à devenir un vaillant soldat afin de défendre les intérêts de sa profession. Le champ de bataille, cette fois, se situait dans l'action syndicale, qui, pour lui, était un engagement primordial. « Je n'ai pas eu d'appel ou de grande révélation en ce qui concerne le monde syndical. J'ai été motivé par l'amour de ma profession. C'est là la base du syndicalisme. »

C'est donc à l'Association des médecins omnipraticiens de Montréal que le D<sup>r</sup> Drapeau fait ses débuts dans le syndicalisme médical en 1975. Successivement, il occupera les fonctions de membre délégué, de directeur et de vice-président. Sa motivation : participer aux décisions qui touchent la pratique médicale. Par conséquent, il collabore à de nombreux comités dont ceux portant sur les salles d'urgence, en 1985, sur la démographie médicale, en 1989, ainsi que celui sur le renouvellement de l'Entente générale de 1989 à 1991 et en 1996.

Si sa nomination en tant que membre émérite de la FMOQ couronne sa carrière, le D<sup>r</sup> Drapeau était loin de s'attendre à un tel honneur. Mais il est extrêmement touché et ressent un immense plaisir à la suite de cette reconnaissance par ses pairs. « J'ai été très surpris que la FMOQ ait pensé à me donner ce titre, dit-il. Je croyais qu'il s'agissait

d'un malentendu, car j'avais déjà reçu la mention de Médecin de l'année en 2003. Je croyais que le titre de médecin émérite était destiné à un ex-président, à un ex-directeur ou un à médecin qui avait réussi un coup d'éclat. Je ne me considère pas comme un de ceux-là. On me dit plutôt d'un genre effacé. » Toutefois, le D<sup>r</sup> Drapeau estime que sa carrière a été bien remplie. Mais il ne s'arrête pas pour autant. Il voit toujours des patients à son cabinet et il s'est occupé de la réorganisation des centres de santé et de services sociaux dans son secteur.

Après avoir contribué sans réserve à l'essor de son hôpital, il n'est pas étonnant que le D<sup>r</sup> Drapeau continue de s'en occuper. « J'essaie de défendre l'avenir de l'hôpital de Lachine menacé de fermeture à cause du projet de fusion avec celui de LaSalle, indique le D<sup>r</sup> Drapeau. Les médecins de Lachine n'acceptent pas ce projet qui veut faire de leur hôpital un centre ambulatoire. On m'a demandé de m'engager dans ce dossier, ce que je fais avec conviction. » Ainsi, ce n'est pas fini et bien qu'il ralentisse un peu ses activités professionnelles, le D<sup>r</sup> Drapeau est loin de penser à la retraite. Pour lui, le combat pour maintenir la profession médicale à la place qui lui revient en est un de tous les instants. 🌀

## **Le Bureau de la FMOQ 2006**



*Les D<sup>rs</sup> Jacques Desroches, Marc-André Asselin, Yves Langlois, Michel Lafrenière, Renald Dutil, Louis Godin, Claude Saucier, Robert Benguerel et Sylvain Dion*