



Comment les omnipraticiens montréalais survivront-ils au réchauffement de la planète ?*

Jean Rodrigue

PERMETTEZ-MOI D'ABORD de remercier le D^r Serge Dulude et les membres du comité de direction du Département régional de médecine générale (DRMG) de Montréal d'avoir bien voulu m'inviter à l'assemblée générale du DRMG.

Les aléas de la vie professionnelle ont fait de moi un médecin de campagne, puis un médecin de ville, un médecin de famille et ensuite un médecin syndicaliste. C'est à partir de ces expériences et de mes observations de la scène montréalaise et québécoise que je vous entretiendrai de notre avenir, celui des médecins omnipraticiens montréalais.

En préparant cette présentation, j'ai choisi de lier mon sujet à celui du réchauffement de la planète pour deux raisons.

La première était qu'il me fallait une image forte pour illustrer à la fois les nombreux bouleversements qui nuisent actuellement à notre environnement professionnel et la nécessité vitale de s'y adapter, non seulement pour survivre, mais aussi pour progresser comme groupe professionnel. L'image du réchauffement planétaire était d'autant plus pertinente que ce phénomène est lent et progressif et que ses effets sont souvent imperceptibles d'une saison à l'autre, mais irrémédiables. Un ours blanc pourra survivre dans le Grand Nord québécois sans trop de problèmes en 2007, mais qu'en sera-t-il de l'espèce en 2050 ou au 22^e siècle ?

Quels sont ces changements qui touchent les omnipraticiens ?

Des changements démographiques d'abord, à Montréal plus que partout ailleurs au Québec. Alors que les besoins de la population augmentent d'au moins 1 %

par année, le nombre d'omnipraticiens a chuté de 6 % pour la période allant de 1994 à 2000, pour recommencer à croître par la suite d'environ 1 % annuellement. Toutes choses étant égales, nous devrions avoir 200 omnipraticiens de plus à Montréal en 2007 uniquement pour offrir le même degré de service qu'en 1994. De plus, cette absence de croissance a entraîné un vieillissement de nos effectifs. La moyenne d'âge des médecins montréalais, près de 51 ans, est de trois ans plus élevée que celle de l'ensemble des médecins québécois. Dans tous les secteurs où ils exercent, les médecins montréalais sont débordés et ne réussissent pas à répondre aux nombreuses demandes de leurs patients. Cette surcharge de travail n'est pas étrangère au fatalisme et à l'apathie de nombre d'entre eux.

Par ailleurs, les nouveaux omnipraticiens arrivent dans la profession avec des ambitions nouvelles et différentes. Formés dans des milieux universitaires où l'expertise spécialisée est valorisée, les ressources plus abondantes et l'accès à des équipes de santé plus facile, les jeunes médecins ont des aspirations professionnelles bien précises, en matière de travail de groupe, de partage des tâches et d'accès aux ressources techniques et spécialisées. Et ces nouveaux médecins ont aussi des exigences nouvelles en matière de conciliation travail-famille. Tout cela contribue à créer un écart entre les générations ou, pour caricaturer, entre le médecin de 60 ans en cabinet solo et la jeune médecin de 30 ans exerçant en gériatrie dans un établissement.

Toujours en matière démographique, nous assisterons bientôt à un petit « baby-boom » dans notre profession avec l'arrivée de cohorte de nouveaux médecins deux fois plus nombreuses. L'intégration de ces nouveaux collègues, le transfert de nos connais-

Le D^r Jean Rodrigue est directeur de la planification et de la régionalisation à la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

* Conférence donnée lors de l'assemblée générale du département régional de médecine générale de Montréal tenue le vendredi 27 octobre 2006.

sances et de nos expériences, le partage des tâches de prise en charge et de suivi de nos patients et des patients orphelins constituent nos principaux défis pour les prochaines années.

La discipline de la médecine générale est soumise elle aussi à de nombreux bouleversements. L'évolution des connaissances technologiques a permis aux médecins omnipraticiens d'ouvrir de nouveaux secteurs d'activités, comme la médecine d'urgence, les soins gériatriques, les soins palliatifs ainsi que les soins aux alcooliques et aux toxicomanes. Ces secteurs font d'abord appel aux compétences du généraliste puisqu'ils exigent une approche globale du patient et des connaissances médicales étendues. Ils imposent toutefois l'acquisition d'une expertise spécifique, souvent attrayante pour les jeunes médecins, mais qui risque d'entraîner un fractionnement dans notre corps professionnel à long terme.

Par ailleurs, la médecine générale de première ligne est devenue d'une complexité sans précédent. L'augmentation du nombre de patients atteints de plusieurs maladies chroniques, la multiplication des lignes directrices de toutes sortes, les traitements nécessitant plusieurs médicaments, l'émergence de nouvelles technologies au cabinet, la nécessité d'interventions multidisciplinaires, tout cela peut parfois donner l'impression au médecin de famille qu'il ne peut plus suffire à la tâche et que la discipline n'est plus appropriée aux temps présents et futurs.

Les changements dans l'environnement professionnel des médecins omnipraticiens ne sont pas sans créer de multiples tensions. L'émergence de nombreuses disciplines professionnelles dans les soins de première ligne au cours des trente dernières années oblige le médecin de famille à revoir son rôle non seulement auprès de son patient, mais aussi au sein de l'équipe de soins. Qu'il suffise de penser à la place de plus en plus importante – et nécessaire – de l'infirmière, du pharmacien, du travailleur social, de la nutritionniste et des nombreux professionnels de la réadaptation ! Plus proche de nous, la transformation du rôle des médecins spécialistes, davantage axé maintenant autour de la surspécialité et de la consultation, impose aux omnipraticiens une révision de leur rôle dans les soins de deuxième et de troisième lignes et exige d'eux une présence encore plus importante dans tous les services hospitaliers.

La transformation de notre système de services de santé, bien que certains parlent de petite révolution tranquille, peut parfois avoir l'allure d'un labyrinthe sans issue. Je ne retiendrai que deux observations.

L'intégration de nombreux centres de services en un seul établissement, le centre de santé et de services sociaux (CSSS), a pour effet d'éloigner davantage les instances décisionnelles des professionnels de la santé et de négliger les services généraux de première ligne au profit des services hospitaliers et des projets cliniques auprès de clientèles spécifiques. Sur une note plus constructive, la place qu'on entend donner aux médecins des cabinets médicaux et des CLSC dans des réseaux locaux de services, dans les groupes de médecine de famille et dans les cliniques-réseau donnera une occasion unique aux omnipraticiens de prendre en main l'organisation des services de première ligne et de dynamiser le réseau des cabinets médicaux.

Survivre ou s'adapter ?

Sans vouloir exagérer les gains de la dernière négociation entre la FMOQ et le gouvernement, force est de constater que les services de médecine familiale seront mieux rémunérés que jamais en 2007. Un peu comme pour le réchauffement planétaire, nous sommes dans une situation paradoxale où, malgré les menaces, nos conditions de vie semblent s'améliorer. Plusieurs d'entre nous, avec l'imminence d'une retraite bien méritée, hésiteront à faire le pas en avant pour s'adapter à tous ces changements.

Nous devons avant tout agir pour assurer à nos patients et à la population montréalaise l'accessibilité aux services et la continuité des soins que nous avons toujours eu à cœur de leur donner. Quelles stratégies d'adaptation devons-nous adopter ?

Recentrer la discipline de la médecine familiale

Il faut se rappeler que la médecine a d'abord été « générale » et qu'elle s'est spécialisée au 20^e siècle. Et ce sont souvent des médecins généralistes qui ont été à l'origine de l'émergence de nombreuses disciplines, comme la gériatrie. La polyvalence d'une médecine générale a eu ses mérites.

Simultanément, la médecine générale a permis l'émergence d'une discipline plus spécifique, la médecine familiale, où l'expertise du médecin concerne autant la connaissance globale qu'il a de son patient que son savoir médical. Une médecine familiale dont les principaux secteurs d'activités sont la prise en charge et le suivi de la population en général et des patients ayant des problèmes complexes de santé, âgés, souffrant de troubles mentaux ou nécessitant des soins palliatifs. À ce noyau s'ajoutent les soins généraux auprès des pa-

tients hospitalisés qui proviennent souvent de la clientèle du médecin de famille ou de ses associés.

Comme groupe professionnel, nous devons faire la promotion de cette discipline qu'est la médecine familiale, de préférence à toute autre activité. La promouvoir, c'est la pratiquer d'abord, mais aussi l'enseigner et l'étudier dans le cadre de programmes de recherche. C'est aussi faire en sorte que les conditions d'exercice et de rémunération privilégient la médecine familiale.

La médecine d'urgence ne doit pas être négligée pour autant. Toutefois, nous devons remettre en question l'évolution future de cette activité, dont les exigences varient grandement selon les milieux et les ressources disponibles. S'il est évident qu'une expertise spécifique est nécessaire pour des soins de deuxième et de troisième ligne, un médecin de famille qui a mis à jour ses connaissances en matière de médecine d'urgence est probablement la personne la plus appropriée pour exercer au service d'urgence d'un hôpital de petite taille.

Sans vouloir déprécier des secteurs pointus comme la médecine sportive, la médecine esthétique et la médecine de la douleur, nous devons reconnaître qu'il ne s'agit pas là d'activités propres à la médecine générale.

Aujourd'hui encore, le slogan déjà utilisé par la FMOQ, « le médecin omnipraticien, le spécialiste de toute la personne », est tout à fait approprié. La discipline de la médecine familiale doit être l'étendard qui nous rassemble.

Regrouper nos forces

Nous ne pouvons plus affronter isolément les multiples défis de la médecine familiale. Nous devons travailler en collaboration afin de nous répartir les tâches, de partager nos connaissances et nos expériences et d'offrir à nos patients toute la gamme des services médicaux dont ils ont besoin. Sans vouloir privilégier un modèle unique, l'offre de services attendue d'un GMF devrait inspirer tous les médecins omnipraticiens dans l'élaboration de la gamme de services qu'ils entendent donner à leur clientèle, avec l'aide des médecins de leur cabinet médical et de ceux des cabinets des environs.

Les médecins omnipraticiens québécois connaissent déjà bien les regroupements médicaux qui ont revêtu diverses formes au fil des années : simple partage de locaux, société de dépenses, association, groupe de médecine ou cliniques-réseau. Le groupe de demain devra être suffisamment souple pour accueillir des médecins de plusieurs endroits, accepter des pratiques

complémentaires et promouvoir le travail d'équipe et l'intégration des services avec les autres instances de notre système de santé.

Les médecins exerçant en solo ou en petits groupes devront être encouragés à créer des liens avec d'autres collègues pour consolider leur pratique et assurer une certaine pérennité de services à leur clientèle. Dans cet exercice, il faudra être attentif à respecter l'autonomie de chacun. Mieux vaut une collaboration minimale mais continue qu'une fusion ambitieuse et avortée.

Créer des alliances intergénérationnelles

Nous devons nous assurer aussi d'intégrer à nos activités les jeunes médecins, hommes et femmes, dans un climat d'ouverture à leurs valeurs et à leurs préoccupations. Nous devons les aider à façonner la médecine générale de demain, tout comme on nous a permis de décider de celle d'aujourd'hui.

Nous avons tous les forums voulus pour y parvenir, notamment les départements cliniques des établissements, les activités de formation médicale continue, les tables territoriales du DRMG et le DRMG lui-même, les instances syndicales régionales et provinciales ainsi que les activités conjointes avec les milieux de formation en médecine familiale.

Modifier l'environnement organisationnel des services médicaux de première ligne dans les cabinets médicaux et les CLSC

L'informatisation des cabinets médicaux privés et en CLSC est incontournable. Elle doit viser un triple but : améliorer la gestion de l'information à l'intérieur du groupe de médecins, assurer la circulation des renseignements pertinents parmi les autres partenaires du réseau et donner accès aux banques de données médicales. Il faut dénoncer la « lenteur gouvernementale » dans ce dossier, lenteur qui se perpétue peu importe le parti au pouvoir. Un GMF qui recruterait ses patients à ce rythme aurait perdu son accréditation depuis longtemps !

De plus, les médecins de famille doivent s'assurer d'établir des liens solides pour assurer l'intégration de leurs services à ceux des autres professionnels de la santé en première ligne et aux autres ressources du réseau. Sur ce point, les infirmières de liaison dans les cliniques-réseau sont en voie de démontrer qu'il est possible à peu de frais d'améliorer cette intégration. Quatre domaines devraient être privilégiés : la collaboration avec les équipes des programmes dans les CLSC, l'accès au

plateau technique, l'accès aux médecins spécialistes et la continuité des soins entre les niveaux de services. Les médecins de famille doivent être conscients que cette intégration est bidirectionnelle et qu'ils doivent s'y engager personnellement.

Enfin, le réseau public et le gouvernement doivent comprendre que les cabinets médicaux ne peuvent plus, dans l'état actuel des choses, répondre aux multiples demandes sans ressources financières ou humaines supplémentaires. Il est urgent de procéder à la révision de la composante technique des actes, qui ne suffit plus à compenser adéquatement les frais de cabinet. Il faut aussi donner aux cabinets médicaux les moyens d'accueillir des professionnels du réseau public pour intervenir. Et il faut cesser de s'offusquer des associations d'affaires entre professionnels de la santé et de l'incorporation des médecins, mesures qui n'ont d'autre but que de raffermir les assises d'une petite entreprise de services professionnels.

Partager nos tâches avec les autres groupes de professionnels

Les modifications législatives permettant un meilleur partage des tâches entre groupes professionnels, notamment par l'entremise d'ordonnances collectives à l'endroit des infirmières et des pharmaciens, ont inquiété plus d'un médecin omnipraticien. Il faut toutefois se rendre à l'évidence, nous ne suffisons plus à la tâche et des activités connexes à l'exercice de la médecine familiale peuvent être accomplies par des professionnels qui en ont la compétence. Ce faisant, nous pourrions ainsi nous recentrer davantage sur les tâches essentielles du médecin de famille, soit le diagnostic et le traitement.

À la suite des travaux avec des représentants de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ), la FMOQ offre déjà, en partenariat avec l'OIIQ, un atelier de formation sur la collaboration médecins-infirmières et sur les ordonnances collectives touchant les infirmières en première ligne. La Fédération poursuit une démarche analogue avec l'Association québécoise des pharmaciens propriétaires (AQPP).

Bien sûr, il faudra préciser les modalités de rémunération des médecins de famille pour ces activités de collaboration. Toutefois, des perspectives intéressantes se dessinent déjà. Imaginez qu'avec l'abolition des plafonds et les nouveaux forfaits annuels pour les clientèles vulnérables vous décidiez avec vos collègues d'engager dès maintenant une infirmière pour le suivi des

malades chroniques stables. Cette dépense s'autofinancerait rapidement et vous permettrait d'accueillir de nouveaux patients ou d'améliorer les services à votre clientèle.

Participer à la gouverne du réseau

Au cours des dix dernières années, les médecins omnipraticiens ont gagné le droit de siéger à la plupart des instances décisionnelles du réseau, notamment au conseil d'administration des agences régionales et des centres de santé et de services sociaux. De plus, les départements cliniques de médecine générale ainsi que les départements régionaux de médecine générale et leurs tables territoriales donnent aux omnipraticiens le mandat de voir à l'organisation des services de médecine générale dans les établissements et sur le territoire.

J'ai mentionné plus tôt combien les instances décisionnelles sont parfois loin des intervenants. Il nous appartient toutefois d'utiliser au maximum les passerelles que les omnipraticiens ont réussi à construire. Tous les omnipraticiens doivent avoir à cœur de faire entendre leur voix, en élisant leurs représentants, en prenant connaissance des comptes rendus des activités de ces derniers et en assurant la relève au moment approprié. Je sais que je prêche en terrain conquis aujourd'hui, mais cette préoccupation doit nous habiter constamment.

VOILÀ UNE ÉBAUCHE bien rapide de ma vision de la médecine générale à Montréal et ailleurs au Québec. À dessein, j'ai choisi de parler davantage de ce que nous devrions faire plutôt que de ce qu'on devrait nous donner. Parce que notre survie et notre adaptation aux changements dépendent d'abord de ce que nous sommes prêts à faire et de ce que nous ferons effectivement.

Et les privilèges que nous pouvons revendiquer ne se justifieront que dans la mesure où la société québécoise jugera qu'ils sont mérités.

Oh ! J'oubliais ma deuxième raison d'aborder avec vous le réchauffement de la planète. Hélas, ce n'est pas qu'une image. Et si cela permet aujourd'hui d'allonger un peu la saison de golf, nous ignorons totalement les répercussions, sur les générations suivantes, du gaspillage éhonté que nous faisons de toutes les ressources. S'il est urgent d'agir comme médecins, ce sentiment d'urgence doit également nous habiter comme êtres humains et comme citoyens. 🌱