

**Conférence de presse MSSS-FMOQ****Pour une meilleure répartition des omnipraticiens au Québec**

Photo : Emmanuèle Garnier

Le D<sup>r</sup> Renald Dutil, le ministre Philippe Couillard et le D<sup>r</sup> Louis Godin, premier vice-président de la FMOQ.

Le ministre de la Santé et des Services sociaux, **M. Philippe Couillard**, et le président de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ), le **D<sup>r</sup> Renald Dutil**, ont annoncé, dans une conférence de presse, les ententes qu'ils avaient conclues pour améliorer la distribution des omnipraticiens au Québec.

« Avec un déficit de près de 800 médecins, un ajout net prévu de 80 nouveaux en 2004 et la perspective d'ajouts semblables au cours des prochaines années, il devenait impérieux de se doter d'un plan d'action pour favoriser une répartition équitable des médecins de famille dans tout le Québec », a déclaré le président de la FMOQ.

L'entente sur le respect des plans régionaux d'effectifs médicaux (PREM) constitue l'une des nouvelles mesures importantes. Le nombre de nouveaux omnipraticiens auquel a droit une région est maintenant fixé. Les zones les plus touchées par la pénurie obtiennent la part du lion. Ainsi, la région Mauricie-Centre-du-Québec, dont les besoins sont les plus criants, peut viser un ajout net

de 20 médecins au cours de l'année (*voir le tableau*). L'Outaouais a droit à une augmentation de 10 généralistes. L'Abitibi-Témiscamingue et le Saguenay-Lac-Saint-Jean peuvent, quant à eux, en gagner chacun huit.

Par contre, les PREM sont beaucoup moins généreux à l'égard des régions mieux pourvues en médecins de famille. Ainsi, la ville de Québec et l'Estrie n'ont droit à aucun généraliste supplémentaire. Montréal-Centre, qui va probablement perdre 72 omnipraticiens

en 2004, pourra en recruter 77, et en gagnera ainsi cinq de plus.

« Les discussions avec la Fédération des médecins omnipraticiens ont mené à une entente sur la façon de répartir les effectifs et ont surtout permis de jeter les bases d'une véritable stratégie de planification à long terme des effectifs médicaux », a affirmé le ministre.

**La possibilité de revenir pratiquer dans les villes**

Désormais, les généralistes ne peuvent plus se fixer dans une nouvelle région sans tenir compte des nouvelles règles, a révélé à la population la conférence de presse. « Comme syndicat représentant les médecins, on ne peut pas être enthousiaste à l'égard de ces nouvelles contraintes, a souligné le D<sup>r</sup> Dutil. Cependant, je pense qu'il nous fallait corriger les problèmes de répartition des médecins. Voilà pourquoi la Fédération, qui est un syndicat responsable, a choisi d'accepter ces nouvelles règles. »

## T A B L E A U

### Objectifs de croissance

#### Prévisions d'ajout brut et d'ajout net de médecins omnipraticiens en 2004

Régions	Pertes anticipées en 2004	Ajout brut total	Ajout net
Bas-Saint-Laurent	11	18	7
Saguenay–Lac-Saint-Jean	10	18	8
Québec	23	23	0
Mauricie–Centre-du-Québec	17	37	20
Estrie	11	11	0
Montréal-Centre	72	77	5
Outaouais	11	21	10
Abitibi-Témiscamingue	12	20	8
Côte-Nord	11	15	4
Nord-du-Québec	3	5	2
Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine	12	15	3
Chaudière-Appalaches	15	16	1
Laval	12	13	1
Lanaudière	14	19	5
Laurentides	18	19	1
Montérégie	42	45	3
Nunavik	2	3	1
Terres cris de la Baie-James	2	4	2
<b>Total</b>	<b>298</b>	<b>379</b>	<b>81</b>

2

L'entente est cependant plus souple qu'il n'y paraît. Certaines modalités, par exemple, permettent d'offrir aux nouveaux diplômés en médecine des postes dans toutes les régions du Québec. D'autres donnent aux cliniciens déjà en pratique la possibilité de changer de région en suivant certaines règles. « C'est ce genre de souplesse que l'on a introduit progressivement dans cette entente pour concilier le désir légitime des médecins de pouvoir choisir leur lieu de pratique avec l'impératif d'assurer à la population de chacune des régions du Québec les effectifs médicaux requis », a précisé le président de la FMOQ.

### Des forfaits pour l'installation

Un nouveau levier devrait permettre d'attirer des médecins de famille dans les milieux ruraux des régions intermédiaires et périphériques : les « forfaits d'installation ». Trop loin des grands centres pour profiter du pouvoir d'attraction de ces derniers,

trop proches pour bénéficier des mesures offertes aux régions éloignées, certaines zones rurales ont de la difficulté à recruter des praticiens. « Nous annonçons aujourd'hui que 30 forfaits de 20 000 \$ sont alloués. Pour y avoir droit, un médecin de famille doit s'engager à travailler pendant au moins deux ans dans un milieu désigné », a expliqué M. Couillard.

Les secteurs qui bénéficient de la nouvelle mesure sont :

- dans la région Mauricie–Centre-du-Québec : Maskinongé, Shawinigan, Arthabaska, Mékinac, Chenaux, Bécancour, L'Érable ;
- dans Chaudière-Appalaches : Lac-Etchemin, L'Islet, Bellechasse ;
- dans les Laurentides : Argenteuil ;
- dans l'Outaouais : Petite-Nation, Wakefield, Buckingham ;
- dans la Montérégie : Acton Vale, Saint-Denis-sur-Richelieu ;
- dans l'Estrie : Valcourt, Le Haut-Saint-François ;
- au Saguenay–Lac-Saint-Jean : L'Anse-Saint-Jean.

Chaque année, le Département régional de médecine générale de chacune des régions pourra proposer les secteurs qu'il privilégiera. Vingt forfaits seront ainsi accordés annuellement.

Les mesures annoncées au cours de la conférence de presse s'ajoutent à diverses autres, comme l'augmentation du nombre d'admissions en médecine, la réorganisation des services de première ligne, la création de Recrutement Santé Québec et le déplafonnement de la rémunération des médecins spécialistes.

Le plan d'action élaboré par la FMOQ et le MSSS n'enrayera pas immédiatement les pénuries dans toutes les régions du Québec, prévient le D<sup>r</sup> Dutil. « Néanmoins, je pense que les décisions qui devaient être prises l'ont été par le Ministère et la Fédération. Il y a une volonté politique de part et d'autre de corriger le problème. L'ensemble des éléments devrait nous permettre d'améliorer la situation à court terme et de la régler à long terme. »

# Le projet SI-RIL

*une première au Canada qui va se poursuivre*

Photo : Emmanuèle Garnier



*La ministre Michelle Courchesne et le D<sup>r</sup> Claude Saucier.*

L'expérience, qui a duré plus de trois ans, est une réussite. Le Système d'information du réseau intégré de Laval (SI-RIL) permet à des cliniques privées de recevoir par ordinateur des résultats de tests de laboratoire ainsi que des rapports d'imagerie médicale et de dictée centrale venant d'un hôpital. Mais il offre aussi à sept établissements de soins lavallois la possibilité de mieux coordonner les traitements des patients grâce à un dossier informatique auquel ont accès différents professionnels de la santé. Une première au Canada.

« Ce que je retiens c'est que ce sont des cliniciens qui ont décidé d'aller de l'avant, de faire en sorte que le patient soit au cœur des préoccupations », a affirmé M<sup>me</sup> **Michelle Courchesne**, ministre des Relations avec les citoyens et de l'Immigration, et ministre responsable de la région de Laval, à la conférence de presse organisée pour présenter les résultats du SI-RIL.

Le financement du projet tirait à sa fin. Le SI-RIL avait vu le jour grâce à des subventions des gouvernements provincial et fédéral. « Nous continuerons à être un fidèle partenaire pour la suite des événements », a finalement annoncé la ministre. Président de l'Association des médecins omnipraticiens de Laval et l'un des instigateurs du SI-RIL, le **D<sup>r</sup> Claude Saucier** attendait cette phrase avec impatience. Elle annonçait un investissement annuel de 1,2 million de dollars.

« Maintenant que la survie du SI-RIL est assurée, je vais travailler à la création d'un vrai réseau à Laval, auquel seront branchés les omnipraticiens de tous les cabinets privés, des quatre CLSC et, idéalement, les spécialistes. » Actuellement, 105 médecins venant de 10 cliniques lavalloises participent au volet Clinique médicale virtuelle du SI-RIL, soit le tiers des généralistes de Laval.

Les médecins participants reçoivent, par ordinateur, les résultats des tests prescrits directement du laboratoire de la Cité de la Santé-CHARL et d'un laboratoire privé. Dès qu'elles sont disponibles, les données sont incorporées au dossier informatisé du patient. Le clinicien peut également avoir accès aux résultats des examens que ses patients ont passés au cours d'une hospitalisation ou d'une visite à l'urgence, avec le consentement de ces derniers.

Les omnipraticiens n'ont pas été rebutés par

(Suite à la page 14) >>>

◀◀◀ (Suite de la page 3)

Photos : Emmanuèle Gamier



Le D<sup>r</sup> Michel Breton fait une démonstration du système informatique à M<sup>me</sup> Carole-Marie Allard, députée fédérale de Laval-Est.

14

le virage informatique. « Jusqu'à maintenant, le projet connaît un franc succès », écrit dans son rapport, **M. Claude Sicotte**, du Groupe de recherche interdisciplinaire en santé, de l'Université de Montréal. « En 10 mois seulement, le pourcentage des médecins utilisant régulièrement le nouveau système informatisé a atteint 69 % . »

### **Moins de visites à l'urgence**

Le projet SI-RIL comporte également un volet hospitalier. Le nouvel outil informatique permet aux professionnels de la Cité de la Santé – CHARL, d'un centre ambulatoire, d'un centre de réadaptation et des quatre CLSC de Laval de mieux coordonner toutes les étapes des soins et les services dont a besoin le patient. Les professionnels qui doivent intervenir ont ainsi accès aux informations nécessaires pour planifier la bonne intervention au moment adéquat.

Les résultats sont intéressants. La durée des hospitalisations, par exemple, a été réduite. « Leur longueur a diminué, car on est capable de planifier le congé des patients dès leur admission. Avant, il arrivait que les transferts soient retardés parce que le centre de réadaptation n'avait pas planifié la sortie au bon moment. La durée des séjours a facilement diminué de 30 % », a expliqué le **D<sup>r</sup> Marcel**

**Morand**, physiatre.

Le SI-RIL permet également un retour à la maison bien encadré, qui réduit les visites à l'urgence et les réhospitalisations. L'urgence de la Cité de la Santé – CHARL en a d'ailleurs bénéficié. Le taux de séjours de plus de 48 heures qui, en 1995, s'élevait à 20,4 %, est retombé à 2,7 % au deuxième trimestre de 2003, en partie grâce au nouveau système.

### **L'avenir du SI-RIL**

Le gouvernement fédéral, qui a participé au financement du projet SI-RIL, pourrait lui aussi se montrer généreux. « La santé est vraiment une priorité, et il y aura certainement beaucoup d'autres investissements comme celui d'aujourd'hui, parce que l'accès en temps opportun et lorsque nécessaire à des soins de santé de qualité est une priorité pour mon gouvernement », a déclaré la députée fédérale de Laval-Est, **M<sup>me</sup> Carole-Marie Allard** qui représentait le ministre de la Santé, **M. Pierre Pettigrew**.

De nouveaux investissements seraient nécessaires non seulement pour étendre le réseau informatique à tous les médecins de Laval, mais aussi pour tirer profit des diverses possibilités du dossier-patient du SI-RIL. Le système permet plus que la simple réception des résultats, a indiqué le **D<sup>r</sup> Michel Breton**, qui est médecin-conseil pour l'informatisation de la première ligne. « On pourrait y inscrire les résultats de l'examen du patient, ses antécédents et la liste des problèmes de santé. Pour ce qui est de la prescription de médicaments, je pourrais idéalement déposer l'ordonnance sur mon serveur, et le pharmacien pourrait la télécharger, évitant ainsi la saisie des données. » Le système a donc de multiples possibilités. ☞

## Accès aux médicaments essentiels dans le cadre de la ZLÉA

par Francine Fiore

Préoccupés par les inégalités sanitaires sévissant en Amérique latine, des étudiants en médecine de l'Université de Montréal font circuler une pétition demandant au gouvernement du Canada de faciliter l'accès aux médicaments essentiels dans la Zone de libre-échange des Amériques (ZLÉA).

La démarche été entreprise par **M<sup>me</sup> Marie-Ève Lizotte**, présidente du Comité des bénévoles de Médecins sans frontières à l'Université de Montréal, **M<sup>me</sup> Maude St-Onge**, de la Fédération des associations des étudiants en médecine du Québec, et **M. François Proulx**, du Comité d'action sociale internationale. Leur objectif est d'obtenir non pas la gratuité des médicaments, mais des politiques permettant aux populations des pays pauvres de s'en procurer à prix réduit.

Le texte de la pétition rappelle que « l'accès aux fruits de la recherche scientifique est pour toute personne un droit garanti par la

*Déclaration universelle des droits de l'Homme* ratifiée par le Canada ainsi que par la plupart des pays membres de la ZLÉA. » Toutefois, selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), un tiers de la population mondiale, soit environ deux milliards de personnes, n'a pas un accès régulier aux médicaments essentiels pour traiter l'infection par le VIH/sida, la malaria et la tuberculose, ni d'autres affections comme le cancer et les maladies cardiovasculaires. Et ce, à cause du prix élevé des médicaments brevetés.

Pour l'OMS, l'introduction de médicaments génériques, qui favorise la concurrence, constitue le meilleur moyen de faire baisser les prix des produits originaux. Justement, la pétition des trois étudiants demande au gouvernement canadien de prendre position afin d'empêcher que la durée des brevets des médicaments soit portée à plus de 20 ans, comme le souhaitent les États-Unis. De même, elle exige qu'on ne limite pas l'accès aux médicaments à seulement trois maladies (infection par le VIH/sida, malaria et tuberculose). Il faut qu'on laisse aux pays dans le besoin le droit de déterminer leurs priorités en matière de santé publique.

L'Organisation mondiale du commerce (OMC) a prévu des exceptions à la propriété intellectuelle pour les situations d'urgence et pour les pays aux prises avec d'importants

problèmes de santé publique. Elle permet dans ces cas aux fabricants de médicaments génériques de fabriquer, d'importer et de vendre à prix fortement réduit des médicaments brevetés. Mais ces principes sont menacés par les dispositions sur la propriété intellectuelle proposées par l'Accord de libre-échange des Amériques.

Ayant tous séjourné en Amérique latine et étant bien décidés à y retourner un jour, les trois étudiants en médecine dénoncent



M<sup>me</sup> Marie-Ève Lizotte, M<sup>me</sup> Maude St-Onge et M. François Proulx

la situation actuelle. « Je ne peux pas accepter que des gens que j'ai connus au Pérou ne puissent bénéficier de traitements essentiels, comme je ne peux l'accepter non plus pour des personnes d'ici », dit M. Proulx. Les trois futurs médecins ont déjà reçu le soutien de plusieurs associations médicales. La FMOQ les appuie également, ce qui à leurs yeux représente un atout important. ❧

## **Médecine en régions rurales et éloignées un congrès au Québec**

Le 12<sup>e</sup> congrès annuel de médecine en régions rurales et éloignées se déroulera cette année à Québec, du 15 au 17 avril. L'événement est organisé par la Société de la médecine rurale du Canada, qui compte quelque 1900 membres dans le pays. Beaucoup sont des cliniciens qui travaillent dans de petits hôpitaux, loin des grands centres tertiaires. « Ces médecins ont besoin d'une préparation différente. Ils n'ont pas de spécialistes autour d'eux pour les aider dans les cas urgents », explique le **D<sup>r</sup> Maurice Lamarche**, l'un des organisateurs du congrès.

Sous le thème « La maîtrise de plusieurs compétences », le colloque, qui offre plus de 80 ateliers en français et en anglais, se penchera surtout sur les soins urgents dans les établissements de petite taille : le transfert d'un patient dans un état critique, la pose de lignes de perfusion centrales, les blessures à la tête, les échographies à la salle d'urgence, etc. Des sujets aussi variés que les accoutumances, la laryngoscopie, les troubles de l'alimentation et l'évaluation du risque suicidaire chez l'adolescent seront également abordés.

Le congrès s'ouvrira sur une journée consacrée à la politique de la santé. Le ministre de la Santé et des Services sociaux, **M. Philippe Couillard**, prononcera d'ailleurs l'allocution d'ouverture. Une table ronde sur la polyvalence du praticien aura ensuite lieu avec différents acteurs du milieu, dont des représentants des médecins omnipraticiens.

Informations : [www.srpc.ca](http://www.srpc.ca), 1 877 276-1949, [admin@srpc.ca](mailto:admin@srpc.ca). ❧



### par la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

#### Épargne et investissement

Régime enregistré d'épargne-retraite (REER)  
Compte de retraite immobilisé (CRI)  
Fonds enregistré de revenu de retraite (FERR)  
Fonds de revenu viager (FRV)  
Régime enregistré d'épargne-études (REEE)  
Fonds d'investissement

**Fonds FMOQ : (514) 868-2081 ou 1 888 542-8597**

#### Programmes d'assurances

Assurances de personnes  
Assurances automobile et habitation  
Assurances de bureau  
Assurance-médicaments et assurance-maladie complémentaires  
Assurances frais de voyage et annulation

**Dale-Parizeau LM : (514) 282-1112 ou 1 877 807-3756**

#### Pro-Fusion « auto »

Achat – vente  
Voitures neuves ou usagées  
Location  
Financement d'auto

**Pro-Fusion : (514) 745-3500 ou 1 800 361-3500**

#### Téléphone cellulaire et téléavertisseur

**Bell Mobilité Cellulaire : (514) 946-2884 ou 1 800 992-2847**

#### Carte Affinité – Master Card Or Banque MBNA

Service à la clientèle : 1 800 870-3675  
M<sup>me</sup> Manon Brunet : (514) 390-2156

#### Tarifs hôteliers d'entreprise pour les membres de la FMOQ

**FMOQ : (514) 878-1911 ou 1 800 361-8499**

#### Direction des Affaires professionnelles

D<sup>r</sup> Michel Desrosiers, directeur  
**FMOQ : (514) 878-1911 ou 1 800 361-8499**

#### Autres services

Assurance-responsabilité professionnelle