



Médecine familiale comment assurer la relève ?

L'AN PASSÉ, une proportion de 21 % des postes de résidence en médecine familiale sont restés vacants. Le fait de ne pas pourvoir la quasi-totalité des postes offerts constituait une inquiétante première que nous espérions fortuite. Avec 18 % de postes non pourvus cette année, nous constatons que la situation ne s'est guère améliorée. Il faut comprendre que nous assistons à une réelle désaffection des futurs résidents envers la médecine familiale, et c'est un problème que nous ne pouvons laisser perdurer.

Nous sommes tous d'accord pour affirmer que la médecine familiale est au cœur de notre système de santé et que l'on voudrait que chaque Québécois ait accès à un médecin de famille. Toutefois, comment y arriver si la relève n'est pas au rendez-vous ? Cette situation impose une réflexion quant à l'origine de ce désintérêt. D'emblée, quatre facteurs nous semblent déterminants.

Faire connaître la médecine familiale et la valoriser dès les premières années de formation

Nous avons longtemps défendu la nécessité de présenter la médecine familiale dès le début du cours de médecine. Ce contact est indispensable pour permettre aux étudiants de mieux connaître ce milieu de pratique et de s'y intéresser. À l'inverse, une formation centrée sur la médecine spécialisée diminue l'importance de la médecine familiale et éloigne les futurs résidents de ce choix de carrière. Si de nombreux efforts ont été faits pour améliorer la situation, le manque d'exposition à la médecine familiale prévaut toujours, particulièrement au cours des premières années de formation en médecine. La méconnaissance qui en découle contribue à la défec-



Photo : Emmanuelle Garnier

tion des étudiants, mais n'explique pas tout.

Transformer les contraintes en choix

Les contraintes imposées aux jeunes médecins en début de pratique, surtout aux omnipraticiens, sont perçues comme un obstacle démesuré par les étudiants en médecine. Ces derniers doivent franchir un parcours semé de conditions, de tracasseries et de formalités qui a de quoi décourager de nombreux candidats. Les plans régionaux d'effectifs médicaux (PREM), les plans d'effectifs médicaux (PEM) des établissements et les activités médicales particulières (AMP) doivent être simplifiés et assouplis de manière à offrir des choix et des incitatifs et non plus à imposer des limites et de laborieuses démarches.

Toutes ces contraintes administratives n'aident en rien à susciter l'intérêt envers la médecine familiale. Ainsi, dans le cadre de la gestion des activités médicales particulières, on ne reconnaît toujours pas la prise en charge et le suivi des patients comme une activité médicale particulière au même titre que l'hospitalisation ou les soins de longue durée. Pourtant, c'est le rôle principal du médecin de famille.

Procurer au médecin de famille un environnement de travail adéquat

Les médecins aspirent à un environnement professionnel stimulant qui leur permet de se consacrer à la médecine proprement dite. Les médecins qui œuvrent en CLSC et en cabinet (6430) ont tous besoin d'un accès plus facile aux ressources d'évaluation et aux consultations spécialisées. Ils doivent pouvoir compter sur le soutien des autres professionnels de la santé, particulièrement sur celui des infirmières, ainsi que

sur un soutien administratif et sur un équipement informatique et technique de pointe.

Des améliorations importantes ont été apportées à l'organisation de la médecine familiale, particulièrement avec la mise sur pied des groupes de médecine de famille (GMF). Cependant, 3500 médecins ne répondent toujours pas aux critères d'adhésion à ce modèle. Pourtant, leurs besoins ne sont pas moindres. D'autres modèles d'organisation devront être élaborés afin que tous ces médecins puissent disposer d'un environnement approprié en soutien à leur pratique.

Reconnaître le rôle central de l'omnipraticien par une rémunération équitable

L'écart de rémunération par rapport à nos confrères canadiens a diminué après une entente obtenue d'arrache-pied et à laquelle de nombreuses mesures sont rattachées. Malgré le redressement prévu à l'en-

tente, la parité ne sera pas atteinte avec le reste du Canada et un écart important subsiste entre la rémunération de l'omnipraticien et celle du spécialiste au Québec. Pourtant, la tâche de l'omnipraticien québécois est plus lourde que celle de son collègue canadien en raison des activités qu'il doit effectuer en deuxième ligne (urgence, obstétrique, hospitalisation, santé mentale, etc.). Ce rôle de plus en plus élargi, propre au Québec, s'ajoute à la prise en charge et au suivi des patients. Pourquoi un étudiant en médecine choisirait-il un travail aussi exigeant pour une rémunération inférieure ? Si nous voulons véritablement nous assurer une relève suffisante en médecine familiale, nous devons apporter des correctifs à chacun des éléments soulevés.

Le président,

D^r Louis Godin