

Groupes de médecine familiale la FMOQ satisfaite que ses recommandations se concrétisent

« Nous sommes heureux que la ministre de la Santé et des Services sociaux ait décidé de mettre sur pied des groupes de médecine familiale, comme nous l'avions recommandé à la commission Clair. Mais nous nous en réjouissons seulement dans la mesure où il y aura les fonds nécessaires pour réaliser ce projet », commente le D^r **Louis Godin**, vice-président de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ).

Le 26 février dernier, la ministre de la Santé et des Services sociaux, M^{me} **Pauline Marois**, en compagnie de M. **Gilles Baril**, ministre délégué à la Santé, aux Services sociaux et à la Protection de la jeunesse, annonçait la création de groupes de médecine familiale au cours d'une conférence de presse.



Photo : Emmanuèle Garnier.

Le D^r Louis Godin.

Selon le modèle présenté, les omnipraticiens fourniront aux personnes qui les auront choisis toute une gamme de services médicaux. « Par leur entremise, et avec le soutien d'Info-santé, les gens auront accès à des services médicaux 24 heures par jour, sept jours par semaine. Cela réduira la pression sur les ressources plus spécialisées du système de santé, notamment les salles d'urgence », estimait la ministre.

Un accès à des services médicaux 24 heures par jour ? M^{me} Marois précise : « Les groupes de médecine familiale devront établir un plan de service qui leur permettra d'instaurer une garde 24 heures par jour, sept jours par semaine, ce qui ne veut pas dire que la clinique serait ouverte 24 heures par jour. Mais il y aurait toujours quelqu'un de disponible

selon un principe de garde. » Ainsi, à toute heure du jour ou de la nuit, les patients auront accès à une infirmière ou à un médecin qui pourra répondre à leurs questions ou les rencontrer si cela s'avère nécessaire.

Le D^r Godin tient à apporter certaines nuances. « Pour nous, l'accès aux services médicaux 24 heures sur 24 ne signifie pas que les omnipraticiens des groupes de médecine familiale devront être personnellement disponibles en tout temps. Ils devront plutôt s'assurer que leur clientèle a accès jour et nuit aux ressources adéquates qui correspondent à leurs besoins. Il est clair que si l'on demande aux omnipraticiens d'être accessibles 24 heures par jour, sept jours par semaine, pour tout genre de consultation au gré des patients, il y aura beaucoup de résistance à l'implantation des groupes de médecine familiale. Mais ce n'est pas ce que M^{me} Marois nous a expliqué quand nous l'avons rencontrée. »

Syndigraphies, ce mois-ci

Groupes de médecine familiale	
la FMOQ satisfaite que ses recommandations se concrétisent	1
Réactions de la FMOQ au rapport Clair	
il faut implanter rapidement la réforme	3
Réactions de la FMSQ	
une réforme intéressante mais avec des oublis	4
La FMRQ	
inquiétudes à propos d'une loi sur les effectifs médicaux	5
CLSC-CHSLD Baie-des-Chaleurs	
il n'y a plus de services d'urgence la nuit	5
Prévenir le suicide par arme à feu	13
Projets novateurs de collaboration entre cabinets privés et secteur public	
entrevue avec le D ^r William Barakett	14
Formation continue dans Internet	
quels seraient les secrets de la réussite ?	16

sommaire de la revue, page 7 >>>

La réforme sera échelonnée sur quatre ans. Mais la ministre a d'ores et déjà annoncé la mise sur pied d'une équipe de soutien pour l'implantation des groupes de médecine familiale. « Elle sera formée de cliniciens réputés et travaillera en collaboration étroite avec le ministère. »

M^{me} Marois a également pensé à adapter la rétribution des omnipraticiens qui feront partie des groupes de médecine familiale. Ils recevront une partie de leur rémunération en fonction du nombre de personnes qui les auront choisis, précise-t-elle laconiquement.



M^{me} Pauline Marois.

du Québec, rappelle M^{me} Marois.

La ministre compte également miser sur la technologie pour faciliter l'accès aux services médicaux et en accroître la qualité. « Nous soutiendrons le branchement des cabinets privés au réseau informatique de la santé à mesure qu'ils adhéreront à la formule des groupes de médecine familiale. Cela permettra un meilleur partage de l'information médicale dont les professionnels de la santé ont besoin pour donner des services de qualité, dans des délais optimaux. » La mesure pourrait coûter quelques dizaines de millions de dollars.

Mais y aura-t-il une

2

Les cabinets participants seront branchés

La réforme annoncée par la ministre porte une attention particulière aux patients vulnérables, comme les personnes âgées qui ne sont plus autonomes. La ministre propose qu'une personne-ressource soit chargée de les orienter dans le système lorsqu'ils auront besoin de services médicaux et sociaux. Ils pourront ainsi recevoir des soins facilement et sans interruption. Cet intervenant-pivot serait en étroite relation avec les nouveaux groupes de médecine familiale. Le concept a été expérimenté avec succès dans plusieurs régions

enveloppe budgétaire pour financer la réforme ?

« On peut imaginer avoir des fonds de transition. Nous savons déjà que le budget dont nous allons discuter avec Ottawa prévoit une somme de 140 millions étalée sur quatre ans. Et en même temps, nous verrons comment il sera possible de dégager des fonds pour accompagner cette transformation de notre première ligne de soins. » Toutefois, plusieurs des mesures annoncées n'exigent pas d'énormes investissements, précise la ministre.

M^{me} Marois ne se laisse pas non plus démonter par les pénuries d'omnipraticiens. « Nous calculons qu'actuellement il pourrait manquer quelques médecins. Mais sur une période de quatre ans, comme il arrivera de nouveaux diplômés, nous serons en mesure de répondre aux besoins de toute la population québécoise. » Depuis deux ans, le Ministère a augmenté les admissions en médecine de près de 25 %, un taux cependant inférieur à ce qu'avait recommandé la Table de concertation permanente sur la planification de l'effectif médical au Québec. « Il faut aller plus loin », reconnaît M^{me} Marois.

La ministre semblait déterminée à réaliser

Le Médecin du Québec – 1440, rue Sainte-Catherine Ouest, bureau 1000, Montréal (Québec) H3G 1R8; téléphone : (514) 878-1911 ou 1 800 361-8499; télécopieur : (514) 878-4455; courrier électronique : medque@fmoq.org –, revue mensuelle publiée par la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, est envoyé à toute la profession médicale. Les médecins omnipraticiens et résidents sont abonnés au coût de 12 \$ par an. Abonnement : 86,27 \$ (TTC); autres provinces du Canada, 80,25 \$ (TTC); à l'extérieur du Canada, 100 \$.

Envoi de Poste – Publications – Convention n° 1419250 – Enregistrement n° 09832.

son projet. « Ces orientations sont fermes et le travail commence maintenant. »

Réactions de la FMOQ au rapport Clair

il faut implanter rapidement la réforme

La FMOQ a fait connaître ses réactions au rapport de la commission Clair sur les services de santé et les services sociaux au cours d'une conférence de presse. « Il est urgent d'appliquer les recommandations sur la réorganisation des soins de première ligne. J'ai rarement vu un aussi large consensus autour des propositions d'une commission. Le gouvernement doit saisir cette occasion et agir dès maintenant », exhortait le D^r **Renald Dutil**, président de la Fédération.

Accompagné du D^r **Louis Godin**, premier vice-président, et du D^r **Marc-André Asselin**, secrétaire général, le président a fait valoir que la réorganisation de la première ligne est indispensable, mais que sa réussite ne se fera qu'à certaines conditions :

1) Le calcul des coûts de la réforme. Le rapport Clair ne mentionne pas le montant qui sera

nécessaire.

2) Un choix judicieux des services offerts par les groupes de médecine familiale. Il faudra déterminer l'ensemble des services dispensés par les omnipraticiens en tenant compte des ressources disponibles. « Je reçois des plaintes de médecins de toutes les régions du Québec qui sont débordés à cause des pénuries d'effectifs. Il est évident que si le projet de réorganisation accroît leur charge de travail, il ne réussira pas », explique le D^r Dutil.

3) Un budget pour l'informatisation et le rachat de cliniques. L'une des clés de la réussite de la réforme sera la circulation des renseignements grâce à l'informatique.

Le gouvernement devra donc investir dans ce domaine. Tout comme il lui faudra prévoir le rachat des petites cliniques pour permettre aux médecins qui y travaillent de se regrouper dans des cliniques plus grosses et mieux équipées. Le rapport Clair a prévu un budget à ces deux fins.

4) Un nouveau mode de rémunération pour les omnipraticiens qui se regroupent.

Le rapport Clair conseille une rémunération mixte plutôt que la simple rétribution à l'acte pour les membres des groupes de médecine familiale. La Fédération avaient déjà proposé cette solution. « On ne parviendra pas à motiver les médecins à faire partie d'une

3

Photos : Emmanuèle Garnier.



La conférence de presse organisée par la FMOQ sur le rapport Clair.

nouvelle organisation de soins si on ne leur offre pas un mode de rémunération qui tient compte de l'ensemble des responsabilités qu'ils auront à assumer et qui reconnaît la lourdeur de la pratique de la médecine familiale », explique le D^r Dutil.

5) L'adhésion volontaire des généralistes aux groupes de médecine familiale.

6) Une enveloppe supplémentaire pour rémunérer le personnel infirmier qui se joindra aux groupes de médecine familiale.

7) Un accès plus facile aux ressources diagnostiques et aux spécialistes.

8) L'arrimage des groupes de médecine familiale aux CLSC et aux autres établissements.

9) L'amélioration des conditions de pratique des omnipraticiens qui ne font pas partie des groupes de médecine familiale.

« La Fédération n'accepterait pas que le Ministère se concentre uniquement sur les groupes de médecine familiale et accepte le *statu quo* pour les conditions d'exercice des autres omnipraticiens », avertit le D^r Dutil.

10) Une campagne d'information auprès de la population. Beaucoup de gens seraient réfractaires à l'idée de s'inscrire auprès d'un groupe de médecins, comme l'a proposé la commission Clair. « Il faudra que cette inscription soit volontaire et accompagnée d'une campagne d'information pour que la population comprenne ce qu'elle y gagnerait. » Les gens doivent également être informés de ce que signifie vraiment une accessibilité au réseau de première ligne 24 heures par jour. Ils n'auront pas, comme certains pourraient le croire, accès à un médecin à toute heure du jour ou de la nuit, mais plutôt à des services médicaux coordonnés incluant Info-santé et les salles d'urgence.

11) La création d'un groupe de soutien pour faciliter l'implantation du réseau de médecine familiale. Ce groupe devrait être mis sur pied avec célérité pour que la réforme puisse être entreprise rapidement.

Divers obstacles

Le D^r Dutil a également expliqué aux

journalistes les obstacles qui devront être surmontés pour que les recommandations de la commission Clair soient implantées. Les médias ont d'ailleurs largement cité son analyse dans leurs reportages.

La plus grande difficulté à laquelle se heurtera la réforme sera évidemment la pénurie de médecins. « La Commission estime qu'entre 1000 et 1800 patients devraient s'inscrire auprès d'un médecin de famille, mais à cause des pénuries, bien des omnipraticiens ont une clientèle qui en compte près de 3000.

Le manque d'omnipraticiens est une difficulté importante qu'on ne pourra régler à court terme. » La pénurie d'infirmières risque également de handicaper lourdement la réorganisation proposée.

Le D^r Dutil était également préoccupé par la menace d'une réduction éventuelle du budget de la santé. « Le réseau ne peut plus encaisser de nouvelles compressions. En plus d'une enveloppe suffisante pour payer les coûts du système, nous aurons besoin de ressources additionnelles pour réorganiser les soins de première ligne. L'Ontario s'est réservé un budget de 250 millions pour la réforme de ses services de première ligne », compare le président.

Malgré les obstacles ébauchés, la réforme est possible. Avec l'aval du gouvernement, les différents éléments nécessaires à son implantation pourraient rapidement se mettre en place. « Nous ne partons pas de zéro. Si l'on met à notre disposition les moyens requis, nous pouvons progresser assez vite. Déjà, plusieurs groupes d'omnipraticiens sont entrés en contact avec nous pour travailler dans le cadre d'un tel modèle », explique le D^r Dutil.

Réactions de la FMSQ

une réforme intéressante mais avec des oublis

La Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ) approuve la formation de groupes de médecine familiale pour renforcer le système de soins de première ligne. Cette

restructuration se répercutera d'ailleurs sur l'organisation de la médecine spécialisée. La FMSQ souligne cependant que les changements annoncés devront s'accompagner d'un investissement adéquat.

Même si la FMSQ est satisfaite de la réflexion que la ministre de la Santé et des Services sociaux a faite à partir du rapport de la commission Clair, elle y relève des lacunes. M^{me} **Pauline Marois** n'a ainsi pas soufflé mot sur l'affiliation de cliniques spécialisées aux hôpitaux, pourtant recommandée par la commission Clair. Des ententes entre les centres hospitaliers et des cabinets avoisinants permettraient d'offrir aux patients des soins spécialisés plus rapidement. « Plusieurs cabinets de médecins spécialistes ont les ressources humaines et matérielles nécessaires pour être un prolongement des services hospitaliers », explique le D^r **Yves Dugré**, vice-président de la FMSQ.

M^{me} Marois a mentionné par ailleurs qu'elle déposerait un projet de loi pour répartir les rôles et les responsabilités des établissements, des régions régionales et du ministère de la Santé et des Services sociaux. Depuis des années, la FMSQ réclame que les paliers décisionnels soient réduits. Leur trop grand nombre non seulement nuit à l'organisation des services, mais a aussi un coût astronomique.

La FMSQ souhaiterait également que le médecin puisse être reconnu comme gestionnaire. L'imbrication de la médecine spécialisée dans les services de base nécessite que des médecins s'investissent dans la gestion des établissements. Les chefs de département et les chefs de service devraient donc être reconnus comme des gestionnaires et rémunérés en conséquence.

La FMRQ

inquiétudes à propos d'une loi sur les effectifs médicaux

Les principales orientations qu'a proposées la ministre de la Santé et des Services sociaux, M^{me} **Pauline Marois**, conviennent à la

Fédération des médecins résidents du Québec (FMRQ). Néanmoins, l'organisme s'inquiète de son intention de légiférer en matière d'effectifs médicaux. Selon la FMRQ, ces mesures risquent d'affecter surtout les jeunes médecins qui commenceront à pratiquer au cours des prochaines années.

« Il n'appartient pas qu'aux jeunes médecins de subir encore une fois des mesures coercitives, alors qu'ils n'ont aucune prise sur la gestion des plans d'effectifs. Pourquoi seraient-ils tenus de régler le problème en étant limités dans leur choix d'un lieu de pratique ? », fait valoir le D^r **Jean-François Cailhier**, président de la FMRQ.

La FMRQ tient également à ce que les centres hospitaliers universitaires, qui non seulement dispensent des soins de première, de deuxième et de troisième ligne, mais qui font également de l'enseignement et de la recherche, conservent leur statut particulier. La FMRQ s'inquiète du fait que M^{me} Marois n'en a pas fait mention au cours de la conférence de presse sur sa réforme.

CLSC-CHSLD Baie-des-Chaleurs

il n'y a plus de services d'urgence la nuit

Devant la situation inacceptable, l'Association des médecins de CLSC du Québec (AMCQ) est passée aux actes. Le 21 février dernier, un communiqué de presse arrive dans les télécopieurs des médias. « Vingt mille personnes privées de services d'urgence, de minuit à huit heures du matin, au CLSC-CHSLD Baie-des-Chaleurs depuis le 25 janvier dernier. On manque de médecins ! », dénonce le texte.

Environ un mois auparavant, le D^r **Stephan Bazinet**, omnipraticien du CLSC-CHSLD et vice-président de l'AMCQ, avait écrit sans succès à la ministre de la Santé et des Services sociaux pour obtenir de l'aide. La semaine précédente, l'un des médecins du CLSC-CHSLD Baie-des-Chaleurs de Paspébiac avait

Suite page 13 ►►►

◀◀ Suite de la page 5



Le Dr André Munger.

été frappé d'une myocardite. L'équilibre fragile de l'équipe d'omnipraticiens travaillant à l'urgence en fut alors ébranlé. Ils n'étaient plus que cinq pratiquant à temps plein pour offrir le service presque 24 heures par jour, sept jours par semaine. Jusqu'alors, ils y étaient parvenus avec l'aide de collègues travaillant à temps partiel.

Pour remédier à la situation, la direction du CSLC-CHSLD tente de recourir à des médecins dépanneurs, mais devant le succès mitigé de la démarche, elle doit se résoudre à fermer le service d'urgence la nuit.

« Les conséquences nous semblent inadmissibles. Toute une population est privée de l'accès aux soins de première ligne », dénonce le Dr Bazinet dans sa lettre à la ministre. « Devrons-nous démissionner en bloc, brandir des écriteaux devant les médias, écrire à tous les journaux ou déménager à Shawinigan pour que l'on s'occupe de la population de la municipalité régionale de comté de Bonaventure ? » Le médecin conclut sa missive en invitant la ministre à venir le rencontrer avec ses collègues pour discuter des solutions. Mais il n'a reçu jusqu'à présent qu'un accusé de réception.

Des membres du Bureau de l'AMCQ vont maintenant rencontrer des représentants du Ministère, de la FMOQ et des régies régionales pour

leur exposer la gravité de la situation, qui s'est depuis détériorée de plusieurs crans. Un second médecin du CLSC est tombé malade et un troisième a dû se retirer de manière préventive du service d'urgence. Néanmoins, dans la région, les forces se mobilisent. Les médias communautaires exposent la situation et les notables se penchent sur le problème.

Un problème qui pourrait se répéter

La crise que connaît le CLSC-CHSLD Baie-des-Chaleurs, qui fait partie du réseau de garde intégré, risque de se répéter dans d'autres régions du Québec, avertit le Dr André Munger, président de l'AMCQ. « Il y a moins de 20 unités dans le réseau de garde intégré. Elles connaissent des problèmes chroniques d'effectifs depuis le début de leur existence. Dès qu'un ou deux médecins tombent malades, c'est la crise aiguë. Cependant, des solutions ont été trouvées pour certaines régions, comme les Îles-de-la-Madeleine. Les médecins qui y travaillent bénéficient d'incitatifs financiers importants. Ce type de mesure pourrait régler le problème. Si des fonds sont disponibles au

Québec, la priorité absolue doit être la consolidation des effectifs du réseau de garde intégré. »

Prévenir le suicide par arme à feu

Les médecins peuvent agir pour réduire le risque de suicide avec une arme à feu chez leurs patients dépressifs : proposer à ceux qui en ont une de la confier à un proche détenant un permis de possession d'armes. Celui-ci devra cependant l'entreposer en toute sécurité. Le praticien peut également offrir à son patient de remettre l'arme à un poste de police, mais elle y



Le Dr Jean-François Dorval.

Projets novateurs de collaboration entre cabinets privés et secteur public

entrevue avec le D^r William Barakett, président de l'Association des médecins omnipraticiens de Yamaska et second vice-président de la FMOQ



Le D^r William Barakett.

M. Q. – Vous avez proposé au CLSC de votre région de collaborer avec votre clinique.

W. B. – Bien avant que le rapport Clair soit déposé, j'estimais, tout comme la FMOQ, qu'il fallait conjuguer les efforts du secteur privé et du secteur public dans les soins de première ligne pour améliorer le système de santé. Autrement, nous ne réussirons jamais à offrir les services médicaux nécessaires dans tout le Québec.

J'ai approché le directeur général du CLSC de ma région, la Pommerai. L'établissement est situé à Farnham et a des points de service

dans différentes villes, dont Knowlton où je pratique. Une infirmière du CLSC vient y faire des prélèvements sanguins, soigner les plaies, mesurer la tension, etc. Mais il n'y a pas de médecin à ce point de service. J'ai donc proposé aux administrateurs du CLSC un modèle dans lequel nous unirions nos efforts. Nous pourrions louer un espace commun, dont une partie serait réservée à leur établissement et une autre à ma clinique. Cette organisation permettrait de négocier une entente dans laquelle mes collègues et moi disposerions des services de travailleurs sociaux, de psychologues et d'infirmières pour notre clientèle. Et de notre côté, nous nous engagerions, si nous recrutons d'autres médecins, à fournir divers services au CLSC comme des visites dans des foyers publics et privés pour personnes âgées ou l'ouverture de la clinique pendant un certain nombre d'heures.

M. Q. – Comment a été accueilli votre projet ?

W. B. – Au début, le comité d'administration du CLSC était très tiède. Mais depuis, la situation a évolué et le rapport de la commission Clair a été publié. Les administrateurs voient maintenant la nécessité de mettre sur pied un tel projet.

M. Q. – Pourquoi avoir proposé cette collaboration ?

W. B. – Mon objectif est de créer un attrait à Knowlton pour faciliter le recrutement de jeunes médecins. J'ai presque 56 ans et je veux léguer à mon village un cabinet qui continuera à fonctionner. La clinique où je travaille compte deux omnipraticiens à temps plein et un à temps partiel. Quand ma collègue a pris un congé de maternité du 1^{er} octobre dernier jusqu'à la mi-janvier, je me suis retrouvé presque seul pour couvrir un territoire de 7000 habitants.

J'ai travaillé de nombreuses heures. Cela n'avait pas de sens. J'ai essayé de recruter d'au-

tres omnipraticiens. Cependant, les jeunes médecins qui venaient visiter la clinique repartaient découragés. Ils étaient très réticents à payer des frais de pratique de 25 000 \$ par année et à travailler aussi fort avec aussi peu de collègues. De plus, à Knowlton ils n'ont droit qu'à 70 % de leur rémunération. Je ne voyais pas d'issue, à moins de changer complètement la pratique que je leur offrais. Je me suis dit que la solution pourrait résider dans un projet de collaboration avec le CLSC. Cette conclusion n'a pas été évidente. Bien des médecins de cabinets privés se sentent mal à l'aise à l'égard des CLSC. Ils ont un peu l'impression d'être des étrangers dans ce système.

M. Q. – Beaucoup de cabinets privés connaissent le même problème de relève que le vôtre.

W. B. – Plusieurs éléments dissuadent les jeunes médecins de se joindre à un cabinet privé : la responsabilité accrue d'une pratique qui comprend le suivi de la clientèle, les frais d'exercice et, dans la majorité des cas, une rémunération de seulement 70 %.

L'une des dérives de notre système de santé fait que certains jeunes médecins adoptent un type de pratique sans grand défi, comme les consultations sans rendez-vous où ils ne suivent pas une clientèle. D'autres s'installent ensemble dans une clinique. Je déplore ces situations parce que le partage des responsabilités avec des collègues plus expérimentés dans un cabinet accroît les connaissances d'un jeune médecin et lui permet d'évoluer professionnellement.

M. Q. – Envisagez-vous d'autres types de collaboration entre le secteur public et le secteur privé dans votre région ?

W. B. – Oui. L'Hôpital Brome-Missisquoi-Perkins, où je suis chef du département de médecine générale, jouit d'une situation

sera alors détruite.

« Quand le médecin voit un patient qui souffre d'une dépression majeure, il doit lui demander s'il possède une arme à feu. Si c'est le

cas, il faut inclure dans le contrat thérapeutique la remise de l'objet à un tiers. Certaines personnes ne se suicideront que si elles ont accès à une arme à feu. D'autres chercheront

particulière. Les omnipraticiens qui y hospitalisent les patients, font les accouchements et voient les malades admis viennent des villes et des villages avoisinants où ils ont un cabinet privé : Cowansville, Bromont, Waterloo, Lac Brome, Sutton, Bedford et Farnham. Nous avons donc une organisation intégrée qui offre à la population tous les soins médicaux. C'est comme si nous avions déjà une clientèle inscrite.

Pourquoi alors ne pas créer dans notre municipalité régionale de comté un projet d'inscription de la clientèle auprès des médecins de cabinets privés ? Ceux-ci pourraient s'engager par des ententes particulières avec le réseau public, par exemple, à ouvrir leur clinique en dehors des heures habituelles à tour de rôle en échange d'une compensation financière. Il serait également possible qu'ils suivent des clientèles particulières sortant de l'hôpital et collaborent au service de maintien à domicile et aux soins dans les foyers privés et les centres hospitaliers de soins de longue durée. Naturellement, les incitatifs associés à ces services seraient négociés par la FMOQ.

Ce projet d'inscription graviterait autour du CLSC et de l'hôpital. Nous travaillons actuellement à ce projet novateur. Il sera facilité par le fait que les cabinets sont déjà tous reliés par l'infirmerie de la santé. Cela fait cinq ans que je reçois sur mon écran les résultats des tests que les patients ont passés dans la journée.

M. Q. – Que pensez-vous du rapport Clair ?

W. B. – Il confirme ce que j'ai toujours pensé depuis que je pratique la médecine : le réseau de santé doit partir de la première ligne. Les médecins omnipraticiens sont la porte d'entrée du système. Il faut donc une meilleure coordination et éviter la division des efforts entre le réseau des CLSC et celui des cabinets privés.

À mon avis, le gouvernement serait bien avisé d'adopter la démarche que préconise la commission Clair. Si l'on ne fait rien, la médecine familiale mourra dans quelques années. Le système s'effondrera si l'on ne trouve pas de solutions novatrices. Ou alors ce sera par la privatisation que l'on offrira à la population la prise en charge et le suivi dont elle a besoin. Il faut agir avant que cela n'arrive.

Je crois qu'il faut également arrêter les dérives du système qui sont apparues ces dernières années : la pratique sans la prise en charge et le suivi des patients, le fait que certains programmes non prioritaires dans les CLSC mobilisent le temps des médecins alors qu'il manque d'omnipraticiens pour suivre les patients, l'exercice de la médecine qui se restreint à certains types de patients. Ces anomalies sont apparues à cause de certaines déficiences du système de rémunération. Il est temps de corriger tout cela. Il faut réinstaurer les forces du marché pour répondre aux besoins de la population. Quand de telles aberrations existent, il est par ailleurs difficile de justifier qu'il y ait des pénuries d'omnipraticiens, puisque la proportion de médecins par rapport à la population est l'une des plus élevée du Canada. Ce n'est pas la faute des omnipraticiens, mais celle de la situation que le gouvernement a laissé perdurer pendant des années. Peut-on espérer voir un leadership éclairé enfin émaner du ministère de la Santé et des Services sociaux ? Croisons-nous les doigts !

sans succès un moyen différent, ce qui donne un délai supplémentaire pour intervenir », explique l'instigateur du projet, le D^r **Jean-François Dorval**, coroner et vice-président de l'Association des médecins omnipraticiens

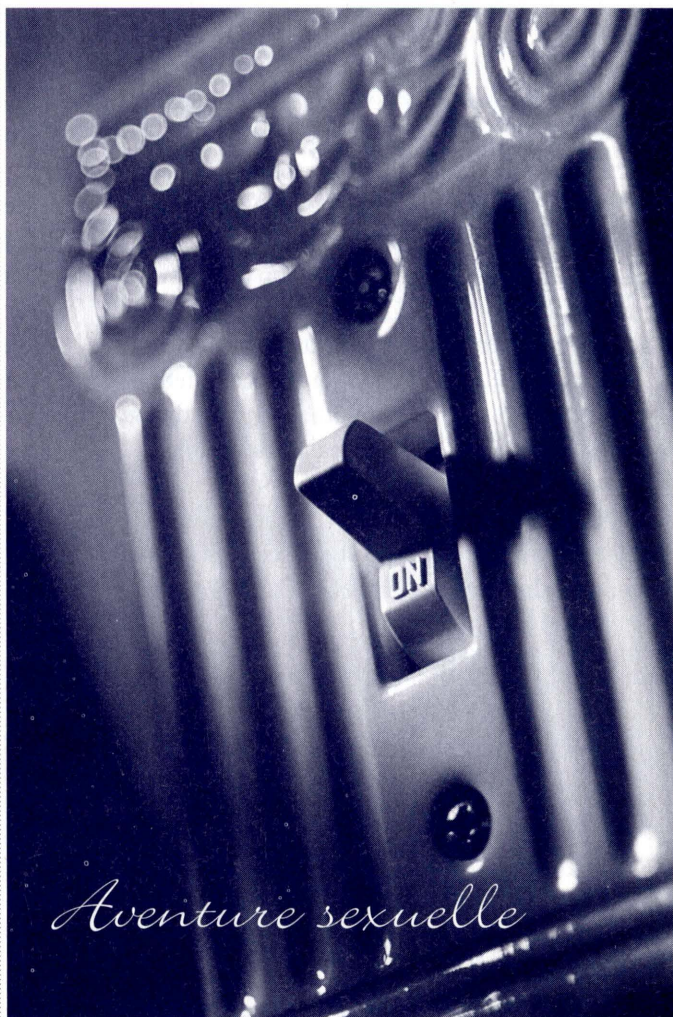
du Bas-Saint-Laurent.

« J'ai vu des patients suicidaires décéder et l'on sent toujours chez eux une ambivalence, parfois jusqu'à la fin. C'est l'une des raisons pour laquelle je me suis penché sur ce dossier », confie le coroner. Le taux de réussite du suicide est de 92 % avec les armes à feu, alors qu'il n'est que de 35 % avec les médicaments, mentionne-t-il dans l'un de ses rapports.

Les chiffres justifient d'ailleurs de manière irréfragable le dessaisissement des armes à feu : le risque de suicide est multiplié par cinq par leur présence dans un domicile, et c'est le moyen que choisissent 20 à 25 % des personnes qui se donnent la mort.

Messages à la télévision

Le public sera sensibilisé au danger des armes à feu et instruit de la possibilité de s'en défaire par des messages



15

Aventure sexuelle

diffusés sur le réseau TVA. Au Québec, chaque jour, une personne décède à cause d'une arme à feu, expose le D^r Dorval dans la première annonce. « Si dans votre famille une personne a un problème de santé mentale et possède une arme à feu, parlez-en à son médecin », dit-il. Le médecin de famille explique également qu'il est possible de venir en aide à un proche dépressif qui possède une arme à feu en entreposant cette dernière en lieu sûr, si l'on détient un permis.

Les deux autres messages télévisés portent sur le rangement en toute sécurité des armes à feu et la possibilité de remettre celles qui ne sont pas utilisées à la Sûreté du Québec, qui les détruira.

Le projet, qui s'étend maintenant à tout le Québec, a commencé en octobre dernier dans le Bas-Saint-Laurent. « Depuis le début du programme, une centaine d'armes ont été portées à la Sûreté du Québec. Notre objectif à long terme est cependant de changer les mentalités. Comme médecins, nous n'avons pas l'habitude de nous occuper des armes à feu et la population, de son côté, n'est pas accoutumée à penser au rôle communautaire de la police. »

Le programme est une initiative issue du Comité régional de stratégie pour réduire les suicides dans le Bas-Saint-Laurent, dont est responsable M. **Gilles Légaré**. La régie régionale de la santé et des services sociaux de la région et la Sûreté du Québec y collaborent également depuis le début. Le Bureau du coroner et divers autres organismes s'y sont maintenant joints.

Pour avoir plus d'informations sur le projet, on peut communiquer avec M. Gilles Légaré à la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent, au (418) 724-8349.

Formation continue dans Internet

quels seraient les secrets de la réussite ?

Une des voies de l'avenir dans le domaine de la formation continue ? Internet, bien sûr. Mais sur ce terrain les experts en sont encore aux premières explorations. Ainsi, le D^r **Jean-Maurice Turgeon**, directeur de la Formation

professionnelle à la FMOQ, et ses collaborateurs se sont aperçus que le succès avéré d'un atelier interactif de formation continue n'est pas une garantie de sa réussite en version électronique.

Les résultats de cette expérience et les réflexions du groupe ont été présentés sur une affiche au congrès de *l'Alliance for Continuing Medical Education*, qui s'est déroulé à San Francisco en janvier. Près de la moitié de la vingtaine d'affiches exposées venaient d'ailleurs du Canada, dont six du Québec. « Cette contribution particulière des organismes québécois de formation est assez révélatrice de leur dynamisme, qui ne se dément pas année après année », estime le D^r Turgeon.

Dix fois moins de participants

En 1998, la FMOQ, la Direction de la santé publique de Québec et Aventis Pharma organisent un atelier sur le suivi des patients victimes d'un infarctus du myocarde. Environ 1000 omnipraticiens y participent. Alors pourquoi ne pas en faire également profiter les médecins internautes ? Le texte du cours est inséré dans le site Web de la Fédération et les questions ouvertes sont transformées en questions à choix multiples. Mais le tour n'était pas joué.

Seulement 99 médecins visitent le site et y suivent le cours. « Même si nous avons joint



Dans l'ordre habituel, la D^{re} Francine Borduas, présidente du Comité de formation de la FMOQ, M^{me} Paule Maltais, service d'enseignement professionnel, Aventis Pharma, le D^r Jean-Maurice Turgeon, directeur de la Formation professionnelle à la FMOQ, et le D^r Denis Drouin, médecin-conseil à la Direction de la santé publique de Québec.

14 % de notre audience cible et que les réactions des utilisateurs ont été excellentes, leur nombre est bas par rapport aux ressources déployées et au potentiel de ce médium puissant », sont obligés de constater les concepteurs du cours. Ils ne disposaient cependant que d'un bassin d'au plus 700 internautes. Uniquement 5 à 10 % des 7000 omnipraticiens québécois recourent à Internet pour la formation continue.

L'apprentissage est-il aussi bon ? Il semble que oui, bien que le nombre de participants sur Internet soit trop faible pour que l'on puisse interpréter les résultats. Un peu plus de la moitié des 27 utilisateurs qui ont analysé les deux études de cas ont réussi leurs tests. La plupart n'ont cependant fait que l'un des deux exercices.

Les leçons d'une conversion

Comment alors attirer plus de participants dans le cyberspace ? L'équipe des concepteurs du cours, dont faisaient partie les D^{rs} **Denis Drouin, Francine Borduas, Roger Tremblay, Guy Tremblay** et M^{me} **Paule Maltais**, se sont penchés sur la question.

À la lumière de leur expérience, les chercheurs concluent qu'il faut d'abord bien connaître l'audience. « Quand on change de médium, la clientèle touchée n'est plus la même. Les médecins qu'intéresse une formation sur Internet peuvent faire partie du même groupe que ceux qui fréquentent les ateliers classiques, mais ils ont peut-être des caractéristiques distinctives qu'il faut découvrir. On doit également connaître leurs besoins, qui peuvent être différents, parce que l'on est dans le domaine de l'apprentissage "autogéré". C'est un champ dans lequel on connaît fort peu de choses, contrairement à celui de la formation en groupe », analyse le D^r Turgeon.

Le produit offert doit maximiser les possibilités interactives et visuelles d'Internet, estime également l'équipe de chercheurs. « Pour en arriver à une forme d'interactivité qui se rapproche de celle des ateliers ou qui la dépasse, on doit exploiter les capacités du médium », explique le directeur de la Formation professionnelle de la FMOQ. Cependant, il faut connaître l'habileté des internautes ciblés et le matériel dont ils disposent. Plus le cours recourra aux différentes capacités technologiques d'Internet, plus ces questions seront importantes. Un temps de communication trop long, par exemple, pourrait rebuter les utilisateurs.

Une troisième piste à explorer : la publicité que nécessite le cours. « Il faut mettre à contribution le plus

grand nombre d'éléments de notre réseau », préconise le D^r Turgeon. La FMOQ, par exemple, a annoncé le cours sur le suivi des victimes d'un infarctus cardiaque par ses propres canaux. Mais la collaboration des partenaires avec qui elle a élaboré la formation aurait accru l'efficacité de la campagne de promotion.

Malgré cette première expérience un peu décevante, le directeur de la Formation professionnelle croit en l'avenir des cours sur Internet. Le cyberspace permet aux utilisateurs de suivre une formation au moment où ils le désirent, peu importe l'endroit où ils se trouvent. Et il offre un moyen classique d'acquérir des connaissances. « Des études successives révèlent que la lecture reste le mode privilégié d'apprentissage. »

XIV^e Congrès syndical de la FMOQ
jeudi et vendredi, 18 et 19 octobre 2001
Hilton Montréal Aéroport

