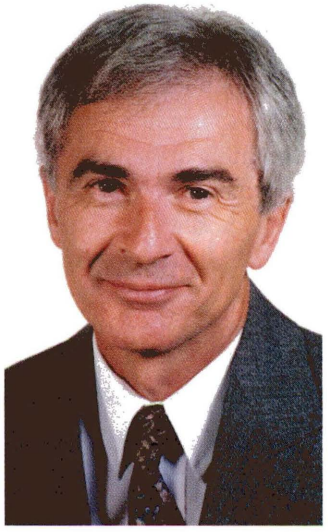
Pénurie de médecins

aux vraies causes, les vrais remèdes



Le Dr Renald Dutil.

PAS UNE SEMAINE NE SE PASSE sans que des représentations soient faites pour mettre fin aux pénuries de médecins subies dans plusieurs milieux. Certains imputent aux médecins la responsabilité de cette situation et n'hésitent pas à prôner des solutions draconiennes sans avoir bien compris les causes multiples de cet épineux problème.

Malgré un rapport médecin-population comptant parmi les meilleurs au Canada, il est indéniable que le Québec fait face à de graves pénuries de médecins omnipraticiens et spécialistes dans la plupart des régions, même urbaines. Cette situation est plus dramatique dans les régions éloignées et rurales ainsi que dans beaucoup d'hôpitaux. L'accessibilité à des soins médicaux de première et de deuxième ligne peut alors être sérieusement compromise. On sait qu'il faut un minimum de six années pour former un omnipraticien, et de neuf ans pour former un médecin spécialiste. La situation actuelle exige des correctifs à court terme, et on ne pourra pas s'accommoder de si longs délais.

Ce problème de pénurie est le fruit de décisions bureaucratiques prises depuis un certain nombre d'années par des fonctionnaires et des politiciens qui ont réduit les budgets de la santé, hypertrophié les structures bureaucratiques et marginalisé les producteurs de services, médecins en premier lieu, dans la gestion de ce réseau. Des changements majeurs dans les modes de pratique et la démographie médicale n'ont pas été pris en compte dans les exercices de planification des effectifs médicaux. Bien sûr, pour des bureaucrates, il était rentable de former le moins de médecins possible puisque, selon leur perception, ces derniers sont avant tout des générateurs de coûts. Cette pénurie de médecins n'est pas exclusive au Québec et, à sa dernière réunion annuelle, l'Association médicale canadienne (AMC) n'a pas hésité à la désigner comme l'une des plus grandes difficultés actuelles de notre système de soins.

Des causes multiples

On prétend à tort que les omnipraticiens délaissent les régions éloignées et les activités plus lourdes dans les centres hospitaliers pour se cantonner dans une médecine facile de 9 à 5 dans les cabinets privés des milieux urbains. C'est bien mal connaître la réalité des divers milieux de pratique et les causes qui ont dissuadé plusieurs omnipraticiens de maintenir une pratique en centre hospitalier.

Les conditions d'exercice difficiles dans les régions éloignées, où des équipes réduites d'omnipraticiens doivent assurer la gamme complète de soins 24 heures sur 24, nuit à la rétention des jeunes médecins qui choisissent de s'y installer.

Le départ à la retraite de plus de 550 omnipraticiens en 1997 et en 1998, dans la foulée des compressions budgétaires, a privé plus de 750 000 Québécois de leur médecin de famille. Les compressions de diverses natures et la fusion précipitée de nombreux établissements ont démobilisé les équipes de soins dans plusieurs hôpitaux. Le virage ambulatoire a transféré aux omnipraticiens exerçant dans les cabinets privés et les CLSC de multiples tâches, sans leur allouer les ressources requises pour faire face à ces nouvelles exigences. Les omnipraticiens n'ont jamais été autant sollicités par les soins qui doivent être dispensés dans la collectivité.

Durant cette même période, le nombre de nouveaux médecins était, et sera encore pour quelques années, grandement réduit à cause de la diminution du nombre d'admissions dans les facultés de médecine.

Les cabinets privés : un réseau essentiel

Les médecins des cabinets privés dispensent plus de 85 % des soins médicaux généraux ambulatoires ; ces médecins sont tous rémunérés par le régime public. À titre de médecins de famille, ils assurent la prise en charge et le suivi d'une clientèle qui s'est considérablement alourdie ces dernières années. Il faut maintenant traiter en externe des malades autrefois hospitalisés, et c'est dans les cabinets privés

que la majorité de ces patients reçoivent les soins nécessaires, à un coût bien inférieur à celui d'un établissement public. Quant aux services d'urgence mineure offerts dans les cliniques sans rendez-vous, ils ne représentent que 26 % de l'ensemble des soins dispensés dans les cabinets privés. Y mettre fin aggraverait considérablement l'achalandage dans nos salles d'urgence.

Ce réseau éprouve aussi des difficultés à recruter les effectifs requis et plusieurs cliniques, même dans les villes, n'arrivent plus à assurer une relève aux médecins qui quittent. Entre 1994-1995 et 1997-1998, l'attrition nette fut de 2,2 %. Malgré cela, les cabinets privés sont encore les points de services qui, dans la collectivité, offrent les heures d'ouverture les plus longues. Bien peu de médecins n'y travaillent que de 9 à 5, les demandes pressantes de la clientèle ne permettant pas de limiter ainsi les heures de travail. Mais il ne m'apparaît pas scandaleux que, pour des raisons familiales ou après plusieurs années d'un travail exténuant, certains d'entre eux décident d'accorder leurs heures de travail avec celles de la majorité des travailleurs de notre société, dont l'ensemble des fonctionnaires du réseau public de soins.

Et la plupart des médecins des cabinets privés combinent à cette activité une pratique dans l'un ou l'autre des établissements publics de leur milieu, à l'hôpital, au centre d'hébergement ou au CLSC.

Les initiatives de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

La FMOQ s'est constamment souciée d'assurer une meilleure répartition des omnipraticiens entre les régions et les secteurs de pratique. Elle a négocié et obtenu, en 1982, un ensemble de mesures incitatives pour augmenter les effectifs dans les régions éloignées. Ces mesures ont été efficaces.

En 1993, la Fédération, inquiète des pénuries constatées dans des secteurs de soins prioritaires, n'a pas hésité à proposer et à négocier une entente obligeant tous les omnipraticiens ayant 10 années et moins de pratique et exerçant principalement dans un cabinet privé à consacrer au moins 12 heures par semaine à des activités prioritaires de leur milieu. À défaut, une pénalité de 30 % est appliquée à la rémunération du médecin. Peu de groupes professionnels auraient fourni un tel effort.

Plus récemment, la FMOQ fut à l'origine de la création du département régional de médecine générale, qui regroupe tous les omnipraticiens d'une région. Ce département, reconnu par la loi, a la responsabilité d'assurer une meilleure coordination des soins et une réponse adéquate aux besoins prioritaires de la région.

Enfin, toutes les propositions déposées à la table des négociations par la FMOQ dans le cadre du renouvellement de l'Entente générale ont un dénominateur commun, soit de valoriser l'engagement de l'omnipraticien dans les secteurs les plus lourds de la médecine générale. La FMOQ est même prête à expérimenter d'autres modèles d'organisation et de rémunération, par l'entremise de projets-pilotes, à l'échelle d'un groupe de pratique ou même d'une région. D'autres propositions ont aussi été déposées afin d'améliorer la situation dans les régions éloignées et ce, depuis plus d'une année. Mais aucune réponse n'a encore été obtenue du ministère de la Santé et des Services sociaux.

Des responsabilités partagées

La FMOQ croit qu'il y a urgence d'agir pour améliorer l'accessibilité aux soins. Devant l'impossibilité d'accroître les effectifs à court terme, il faut, bien sûr, donner un ordre de priorité aux activités médicales et assurer une meilleure coordination entre les divers points de services. Mais la majorité des omnipraticiens pratiquent déjà des activités reconnues prioritaires, soins à l'hôpital et au centre d'hébergement, mais aussi prise en charge et suivi d'une clientèle au cabinet ou au CLSC. Des problèmes de coordination existent. La mise sur pied de véritables réseaux intégrés de services entre les cliniques privées, les CLSC et les autres établissements de soins sous la responsabilité des départements régionaux de médecine générale doit être entreprise dans les plus brefs délais. La participation des omnipraticiens à ces réseaux doit être négociée de toute urgence. Il est simpliste et peu réaliste de croire que les solutions passeront par la conscription pure et simple des médecins dans les activités prioritaires.

Mais la responsabilité des moyens incombe au ministère de la Santé et des Services sociaux. Les crises actuelles ne feront qu'empirer si ce ministère tarde à comprendre que des solutions plus globales doivent être apportées à des situations que dénoncent, avec raison, les citoyens qui en font les frais.

Renald Dutil, m.d., président de la FMOQ