

Journal 2, janvier 1993

## MOT DU PRÉSIDENT

### RÉUNION DU CONSEIL DE LA F.M.O.Q. LE 12 DÉCEMBRE 1992

Votre Fédération tenait à Montréal le 12 décembre dernier sa troisième et dernière réunion générale de l'année 1992. Je vous ferai grâce des rapports annuels des divers Comités et Directions. Notons seulement qu'au niveau des Finances, le fond de contestation qui avait été très sérieusement affaibli lors de la dernière confrontation avec le Ministre sur la loi 120 a été renfloué à son niveau d'avant la contestation, soit environ 1 1/2 million. La cotisation annuelle qui avait été majorée de façon temporaire sera donc ramenée cette année à \$700. tel que prévu. Une réduction a été votée pour les médecins pratiquants après l'âge de 70 ans.

Cette réunion a également été marquée par le départ d'un des membres les plus connus et les plus estimés à la permanence du bureau, le Dr. Gilles Desrosiers. Ce dernier, en plus d'assumer la tâche de Secrétaire Général, était responsable de l'Éducation Médicale Continue à la Fédération. Il fut sans contredit le véritable pionnier dans ce secteur vital à la Fédération auquel il a donné toute la crédibilité qu'on lui connaît aujourd'hui. Tous ceux qui ont assisté à l'un ou l'autre des congrès organisés par le Dr. Desrosiers et son équipe à la Fédération sur l'urgence ou autres thématiques reconnaissent d'emblée l'excellence de l'organisation. Depuis 25 ans qu'il occupait ce poste, le Dr. Desrosiers a toujours su défendre avec brio l'omnipratique et les Omnipraticiens. L'Assemblée lui a rendu à cette occasion un hommage largement mérité.

La présentation du Président de la Fédération ainsi que les débats des délégués ont été largement dominées par deux sujets bien précis: l'**Actualisation des tarifs** et les **Activités Médicales Particulières**.

### ACTUALISATION DES TARIFS

Comme vous vous en êtes sans doute rendu compte, les tarifs facturés à la R.A.M.Q. n'avaient pas varié depuis deux ans, malgré les annonces de négociations et d'augmentations prévues. C'est que les montants étaient versés périodiquement sous forme de montants forfaitaires. Incidemment, le dernier montant forfaitaire couvrant la période de 1 décembre 1992 eu 28 février 1993 devrait être versé par la RAMQ vers la mi-août 1993.

Comme les augmentations tarifaires avaient été négociées comme toujours sous forme de Revenu Moyen Brut, la Fédération et le Ministère avaient à tenir compte de l'atteinte ou du dépassement de l'objectif en terme de ce même revenu moyen brut. A cet égard, il s'est avéré que collectivement, les Omnipraticiens ont excédé de 1.51% les prévisions. Les ajustements aux tarifs ont donc été modulés en conséquence et ramenés de 8% à 6.49%.

La très grande majorité des tarifs courants ont été rajustés selon cette augmentation de 6.49% sauf pour les thérapies psychiatriques de soutien (#8929) qui n'ont été majorées que de 5.5% (le ministère tenait beaucoup dans un premier temps à une croissance zéro pour cet acte). Certains autres tarifs, notamment en salle d'urgence ainsi que dans le domaine du musculo-squelettique ont par ailleurs été augmentés d'un pourcentage supérieur à 6.49%, ce qui, de l'avis des comptables et actuaires de la Fédération et du Gouvernement, devrait permettre l'atteinte des objectifs prévus. Ces prévisions se fondent sur l'expérience des deux dernières années d'après le nombre d'actes facturés à la R.A.M.Q..

Le détail et les montants exacts des nouveaux tarifs vous seront fournis sous peu par la RAMQ comme à l'habitude dans les semaines ou les jours précédant l'application de ces nouveaux tarifs. Les nouveaux tarifs seront effectifs à compter du 1er mars prochain. Il est à noter que les plafonds trimestriels ont été majorés quant à eux de 8% comme prévu.

## ACTIVITÉS MÉDICALES PARTICULIÈRES

Malgré d'intenses négociations, une foule de propositions et de contre propositions, il faut convenir que nous sommes encore très loin d'un terrain d'entente avec le Ministre sur ce sujet. Il faut comprendre que ces "activités" qui devraient dans notre région être axées surtout sur le travail à l'hôpital (les salles d'urgence entre autres) et les programmes publics de maintien à domicile pour personnes âgées sont destinés aux médecins ayant moins de dix ans de pratique. Ceci touche environ 2500 médecins omnipraticiens à travers le Québec.

Or les premières propositions du ministre à cet égard sont tout à fait grossières et indécentes. A vous de juger: 23 1/2 hres par semaine obligatoires **et** une facturation minimale de \$16500. par trimestre (soit \$66,000. sur une base annuelle!!!) en établisse-

ment. Ajoutons à cela que tous les jeunes médecins qui décideront d'œuvrer en C.L.S.C. seront exemptés de la "corvée sociale obligatoire". Combien de jeunes médecins à votre avis pourront se permettre le luxe de ne pas aller en C.L.S.C. dans les prochaines années ? Combien pourront se payer le luxe et les frais d'un cabinet privé ou d'une association en clinique alors qu'ils devraient, selon cette politique, travailler obligatoirement au moins 23 1/2 hres par semaine dans des milieux institutionnels publics ?

Au moins avec monsieur Côté, il n'y a rien de subtil, c'est gros, gros, gros... Accepter ceci, c'est accepter une certaine vision étatisée de la médecine, où par l'attribution de privilèges particuliers aux uns et de coupures tarifaires aux autres on oriente et on dirige l'évolution de la pratique médicale. Ce serait de façon certaine la mort des cabinets et des cliniques privées au profit du système public des C.L.S.C..

Après maintes représentations et plusieurs mois de négociations, notre bon ministre a consenti à un léger adoucissement, réduisant à "seulement" 17 1/2 hres par semaine le service obligatoire; il prenait toujours bien soin cependant d'assujettir le tout à une obligation de facturation de \$12287., correspondant à des honoraires annuels obligatoires minimums de \$49148..

Ceci demeure inacceptable. Inacceptable d'abord parce que en plus du temps (17 1/2 hres), cette exigence inclut une facturation minimale par trimestre rattachable à ces activités médicales particulières. Cette méthode exigera une comptabilité extrêmement complexe. Seule la R.A.M.Q. avec l'aide d'ordinateurs sophistiqués sera en mesure de compléter ce type de calculs et encore avec plusieurs mois de retard. Les coupures rétroactives seront difficiles et onéreuses à vérifier. Ça n'a pas d'allure, mais tous savent bien que monsieur Côté n'a pas peur de ça les choses qui n'ont pas d'allure...

Pour la Fédération, les choses sont plus simples. Laissons les idéologies et les phantasmes des fonctionnaires qui ne feront que générer des coût improductifs pour le système de santé au Québec. Il existe des problèmes réels; leur solution n'exige pas la sujétion totale de toute la profession au Ministre. On ne peut qu'être d'accord avec une certaine idée de fonctions sociales qui incombent à la profession médicale et qu'elle doit collectivement assumer: les soins dans les urgences des hôpitaux et les soins essentiels au maintien à domicile des personnes âgées sont les plus apparentes dans notre région. Que ces activités qu'on appelle "particulières" fassent l'objet d'une classification propre à chaque région selon ses besoins réels; que ces besoins soient recensés et reconnus par une "Commission Médicale Régionale" et soumis à l'attention des Régies Régionales où

la profession médicale est adéquatement représentée, nous y souscrivons. Est-il pour cela nécessaire de décrire à l'avance un nombre d'heure, ou pis encore une somme d'argent trimestrielle obligatoire qui doit avoir été facturée pour être réputé s'acquitter convenablement d'une tâche ?

A ce problème, les délégués de la Fédération ont tenté, vainement jusqu'à présent, de proposer des avenues de solution plus simple. Pourquoi pas, par exemple, pour les médecins visés (10 ans et moins de pratique) des milieux urbains ou à proximité raisonnable des hôpitaux, ne proposer que l'obligation d'être membre actif d'un département de médecine générale d'un centre hospitalier de courte ou de longue durée selon les plans d'effectifs médicaux. Les chefs de département sur une base démocratique avec leurs membres seraient chargés de voir à la distribution des tâches. Nous ne croyons pas pour cela nécessaire de détruire toute la structure actuelle des soins en cabinet ou en clinique privée. L'attribution de privilèges en milieu hospitalier reprendrait alors un sens qu'elle a perdu depuis plusieurs années pour une grande partie des omnipraticiens.

La lutte promet d'être difficile. Les délais sont courts. Le ministre prépare des décrets pour le début d'avril. Nous faisons face à un ministre de style autocratique qui s'accommode mal des notions de consultation, de travail d'équipe, de démocratie. Son approche est intuitive et impulsive; mais plus grave encore, il a un parti pris évident pour "son" système de santé, celui de "ses" fonctionnaires, le système public.

Il ne s'agit pas de partir en guerre contre nos confrères omnipraticiens qui ont opté pour le système public. C'est un choix tout à fait légitime que la plupart d'entre nous auraient pu faire et qu'ils pourraient encore faire. Mais, comme cela s'est produit trop souvent dans un passé récent, il faudra probablement resserrer les coudes et proposer notre vision de la pratique médicale et des soins de santé. Cette vision implique la coexistence et la collaboration du système privé et du système public avec des créneaux particuliers et complémentaires. Dans un contexte d'austérité budgétaire général, il ne saurait être question de guerres de "marketing" pour la dispensation des services de santé.

Nous sommes sur le terrain tous les jours et nous y serons encore longtemps après que certaines comètes ministérielles seront passées; il importe au plus haut point que nous affirmions avec force notre identité et notre façon de percevoir les besoins du système dans lequel nous vivons.

Raynald Gauthier m.d.  
Président

## **PLAN DE RÉPARTITION DE L'EFFECTIF MÉDICAL AU QUÉBEC**

Un document intitulé "**Plan de répartition de l'effectif médical au Québec... proposition d'objectifs régionaux de croissance ou de décroissance**" a été produit à la fin de 1992 par la direction des ressources humaines du Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec. Ce volumineux document de 112 pages se veut la première proposition ministérielle émise aux diverses Régies Régionales, en conformité avec l'article 377 de la Loi sur les Services de Santé et les Services Sociaux.

Dans ce document, nous apprenons notamment que l'objectif du Ministère au cours des prochaines années concernant les médecins omnipraticiens sera de "consolider sur une base régionale les services d'urgence dans les établissements, les réseaux de garde intégrée et les services de première ligne en CLSC". Il va de soi que l'énoncé de ces

objectifs ministériels rétrécit de façon considérable la marge de manoeuvre des futures Commissions Médicales Régionales et partant, des Régies Régionales elles-mêmes. Elles n'auront semble-t-il à élaborer aucune priorité strictement régionale mais plutôt de trouver des modalités locales à l'atteinte des objectifs du M.A.S..

Ce document révèle également certains chiffres intéressants: l'ajout net de médecins omnipraticiens dans la région de Trois-Rivières entre les années 1983 et 1986 s'est chiffré à 8 seulement; ce chiffre est respectivement de 4 et de 11 pour les périodes de 1987 à 1990 et de 1990-91.

Pour la région Mauricie-Bois-Francs (le document ne permet pas un découpage plus fin des informations), on recense un total de 640 médecins, dont 380 Omnipraticiens et 260 Spécialistes. A partir de la population, du nombre de médecins et de la consommation globale des soins de santé, le Ministère en arrive à définir un objectif global de croissance sur 3 ans de 113 médecins, dont 46 omnipraticiens et 67 spécialistes.

La population globale de la région Mauricie-Bois-Francs représente 6.7% de la population provinciale et la population de personnes de 65 ans et plus représente 7.5% de cette dernière. La consommation des soins de santé sur le même territoire ne correspond qu'à 5.9% du total provincial. Le Ministère en conclut donc que la population de notre région est "doublement défavorisée, à la fois dépendante et sous-desservie" comme on peut le lire dans ce document. D'où les objectifs de CROISSANCE décrits.

Raynald Gauthier m.d.